

# Psykologisk forståelse av sykehusklovner på somatisk barneavdeling

Line van den Boom Edsberg



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2011

© Line van den Boom Edsberg 2011

Psykologisk forståelse av sykehusklovner på somatisk barneavdeling

Forsideillustrasjon: Le Petit Journal, 13. september 1908.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Copycat.

# Le Petit Journal

Le Petit Journal  
CHACUN JOUR — 6 PAGES — 5 CENTIMES

Administration : 61, rue Lafayette

Les manuscrits ne sont pas rendus

Dix-neuvième Année

5 CENTIMES SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ 5 CENTIMES

Le Petit Journal agricole, 5 cent. — La Mode du Petit Journal, 10 cent.

Le Petit Journal illustré de la Jeunesse, 10 cent.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste

DIMANCHE 13 SEPTEMBRE 1903

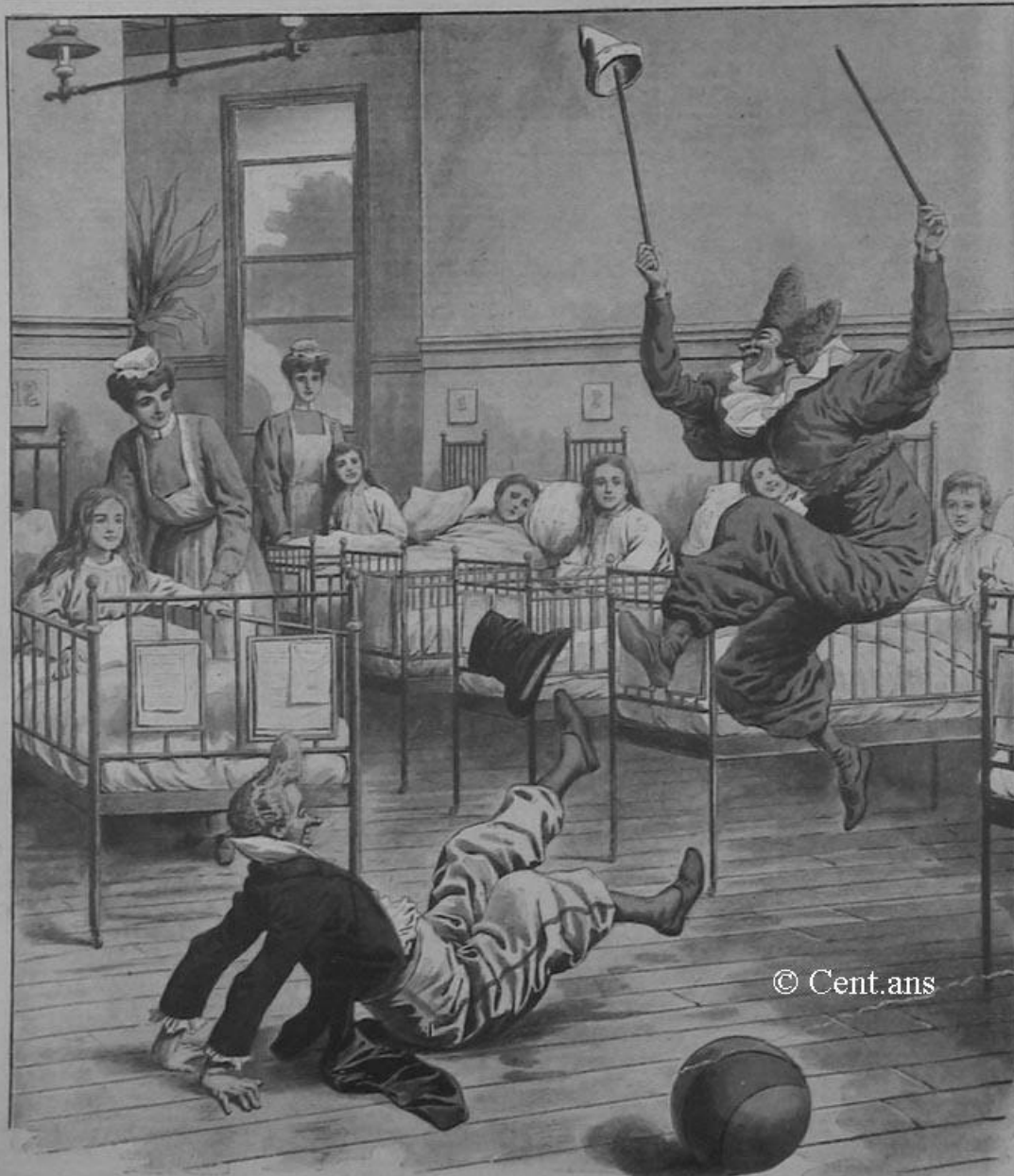
ABONNEMENTS

PAR AN — EN AV. 30 fr. 50

DÉPARTEMENTAL... 2 fr. 40

ÉTRANGER... 2 fr. 50

Numéro 930



© Cent.ans

POUR FAIRE RIRE LES PETITS MALADES

Une tournée de clowns philanthropes dans les hôpitaux d'enfants, à Londres

# Sammendrag

Forfatter: Line van den Boom Edsberg

Tittel: Psykologisk forståelse av sykehusklovner på somatisk barneavdeling.

Veiledere: Anne Mari Torgersen og Bjørg Grova.

Det er stadig økende bevissthet om somatisk syke barns behov i sykehus. Derfor er praksis for oppfølgingen av disse barna endret, blant annet har Rikshospitalet en avdeling for barn og unges psykiske helse (BUP). Ved siden av BUP-tilbudet tar dette sykehuset også i bruk andre tiltak, og et av disse er sykehusklovner. Studier av sykehusklovner er foreløpig på et tidlig stadium, og klovnenes rolle i helsesystemet bør bli mer avklart. Oppgaven tar sikte på å belyse følgende problemstillinger: Kan psykologisk teori bidra til forståelse av sykehusklovnenes bidrag til barnet? På hvilken måte kan sykehusklovnene bidra til å støtte hvert barns unike mestring? Under hvilke rammebetingelser på sykehuset fungerer klovnene best? Hvilken relevans har prosjektet for vårt fagfelt? Innledende litteratur ga utgangspunkt for fire tema: normalutvikling med håp og medbestemmelse, affektinntoning, ”det skapende rommet”, og vitalitetsformer. Disse temaene ble brukt til forståelse av et innhentet intervjumateriale. Semistrukturerte intervju fokuserte på opplevelsen av klovnenes arbeid, via ulike informantgrupper ved post 2 på Rikshospitalet. Det endelige utvalget bestod av 6 foreldre og 4 barn (5 – 11 år), 2 klovner, 2 ansatte ved BUP, og 5 sykepleiere. Dette er et selvstendig forskningsprosjekt, med egne innsamlede data. Selv om utvalget er lite og ikke-randomisert, med en heterogen pasientgruppe, passet alle fire temaene inn i beskrivelsene fra intervjumaterialet, med noe variasjon i forhold til informantgruppen det kom fra.

Klovnenes affektinntoning spiller en viktig rolle ved kontaktetablering med barna. Barnets medbestemmelse og mestring har vært noe som karakteriserer møtene, og barneperspektivet trer fram som et samordnende prinsipp i klovnenes metode. Klovnene kan hjelpe ved regulering av vitalitet, spesielt hos de sykeste barna. De sørger for muligheter for lek, i en begrensende kontekst. Slik kan de virke som en forebyggende beskyttelsesfaktor. Klovnenes funksjon er ikke opplagt for alle aktørene i helsevesenet, og forståelse av dette tiltaket har implikasjoner for psykologens oppgaver som veileder og koordinator av tverrfaglige tilbud. Klovnene kan supplere psykologens behandling av syke barn, ved å virke som en katalysator. Intervju med aktører fra BUP ble i denne sammenheng interessant.

# Forord

Denne hovedoppgaven er dedikert til barna på Rikshospitalet, og foreldrene deres.

Min egen interesse for klovning som en kommunikasjonsform begynte et par år før klovnene kom inn som et tiltak for barn på sykehus i Norge. Siden da har klovning vært en stadig voksende del av mitt liv, og har gitt meg mye både på profesjonelle og personlige områder. Jeg er glad for nå å kunne dele erfaringer fra dette feltet, med det psykologiske fagmiljøet, på et integrert og anvendt vis.

Takk til veilederne mine Bjørg Grova og Anne Mari Torgersen for deres entusiasme, støtte og verdifulle innspill i skapelsesprosessen av dette prosjektet. Det har gitt min egen refleksjonsprosess stor rikdom.

Takk til Wenche Brevig og Ellen Hartmann for gjennomlesning av teksten, og for inspirasjon og visdom gjennom årene.

Takk til Sykehusklovnene, sykepleierne på post 2 og BUP Rikshospitalet, som har tatt meg vel imot ved observasjoner og intervju.

Takk til familie og venner, for støtte og entusiasme. Også takk til Penguin Café Orchestra, som med sine toner aldri slutter å inspirere.

Spesielt takk til Patrick, for berikende samtaler og for tålmodighet.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for arbeidet .....	1
1.1.1	Rasjonale for valg av tema .....	1
1.1.2	Formål og problemstillinger .....	2
1.2	Barn på sykehus: noen utviklingslinjer .....	3
1.2.1	Psykologer i pediatrien .....	3
1.2.2	Barnas opplevelse av å være på sykehuset .....	5
1.3	Teoretisk bakgrunn for prosjektet .....	8
1.3.1	Lek med overgangsobjekter .....	8
1.3.2	Affektinntoning .....	9
1.3.3	Vitalitet og vitalitetsformer .....	10
1.4	Litteratur om sykehusklovnenes metode .....	12
1.4.1	Hvordan kom klovnene inn i sykehusene? .....	12
1.4.2	Hvordan blir sykehusklovnenes arbeidsmåte beskrevet i litteraturen? .....	14
1.4.3	Hva ønsker sykehusklovnene å oppnå? .....	15
2	Egen undersøkelse .....	19
2.1	Bakgrunn for undersøkelsen .....	19
2.1.1	Hva er gjort av tidligere forskning på sykehusklovner? .....	19
2.1.2	Mulige virksomme elementer .....	21
2.1.3	Rekruttering og prosedyre .....	25
2.2	Intervjumaterialet .....	26
2.2.1	Barn og foreldres møter med sykehusklovnene .....	26
2.2.2	Hvordan beskriver sykehusklovnene møtet med barna? .....	33
2.2.3	Beskrivelser fra ansatte ved psykisk helsevern for barn og unge på Rikshospitalet .....	36
2.2.4	Beskrivelser fra helsepersonell på avdelingen .....	38
2.2.5	Samsvar i tema mellom informantgruppene .....	40
2.2.6	Hvilken rolle har sykehusklovnene i helsevesenet? .....	40
3	Diskusjon .....	43
3.1	Generell diskusjon .....	43
3.1.1	Kan psykologisk teori bidra til forståelse av sykehusklovnenes bidrag? .....	43

3.1.2	Hva er sykehusklovnenes bidrag til hvert barns unike mestring? .....	44
3.1.3	Under hvilke rammebetingelser på sykehuset fungerer klovnene best? .....	48
3.1.4	Hvilken relevans har prosjektet for vårt fagfelt? .....	50
3.2	Metodediskusjon.....	52
3.2.1	Metodens begrensninger .....	52
3.2.2	Barnesamtaler .....	53
3.2.3	Veien videre .....	54
4	Avslutning.....	57
4.1	Konkluderende tanker.....	57
4.2	Avsluttende kommentarer.....	58
	Litteraturliste.....	60
	Vedlegg.....	70

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for arbeidet

### 1.1.1 Rasjonale for valg av tema

Gjems og Diseth fra Rikshospitalet BUP i Oslo publiserte i september i år en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, der de etterlyser økt psykologisk hjelp i behandlingen av somatisk syke barn. De påpekte at disse barna ikke får den oppfølgingen de trenger, fordi kunnskapen om barns psykiske vansker ved somatisk sykdom er lite kjent innenfor helsevesenet. En måned senere publiserte Barneombudet (2011) den viktige rapporten ”Sykehuseksperterne”, basert på samarbeidet mellom psykolog og barneombud Hjermann og en gruppe barn med erfaring fra sykehusinnleggelser på Rikshospitalet. Hovedbudskapet bak rapporten var å lytte til barna for å forstå hvordan vi best kan tilrettelegge for dem som pasienter på sykehus, siden de er eksperter på sin egen erfaring. Barneombudet arbeider for barns rettigheter med utgangspunkt i barnekonvensjonen, og deres tre hovedprinsipper: beskyttelse, tilretteleggelse og deltakelse. I presentasjonen av rapporten beskriver Hjermann (2011) hvordan han opplever at spesielt hensynet om brukermedvirkning for barn sviktes både i og utenfor Norge. Barns deltakelse i egen tilfriskning er derfor viktig å bli mer bevisste på.

I 2008 ble Reinfjell, Diseth og Vikan (2007) tildelt Bjørn Christiansens Minnepris, for sin artikkel om somatisk syke barn og utvikling av psykiske, psykososiale og familiære problemer. Norsk psykologforenings president opplevde dette som et viktig signal om at syke barn i Norge skal få økt tilgang på psykologisk hjelp (Hofgaard, 2008). Gjems og Diseth (2011) mener at et bio-psykososialt perspektiv på barnets situasjon er nødvendig ved somatisk sykdom. Tverrfaglig samarbeid sørger for det ”hele” barnet. Her kan psykologen ha en sentral rolle i å koordinere tiltak og veilede personell. Et tiltak Gjems og Diseth oppgir at psykologene på Rikshospitalet BUP forholder seg til er sykehusklovner. Ifølge Barneombudet (2011) gjør sykehusklovnene barna glade og motiverte, og bringer tankene mot annet enn sykdom. Et slikt tiltak er sannsynligvis noe mange vil stusse på, og lure på hva er. Klovner og barn, det tenker vi jo hører sammen, men er dette noe syke barn skal ha? Som Gjems og Diseth påpeker trenger vi vurderinger av tiltakene for somatisk syke barn. Ettersom sykehusklovner er lite kjent i Norge, vil det være nyttig å bruke kunnskap fra det psykologiske fagfeltet, til å øke forståelsen av deres metode. Formålet med denne oppgaven



var å studere noen aspekter ved sykehusklovners bidrag i helsevesenet, for deretter å samle disse i overordnede tema. Slik ønsker jeg å gi grunnlag for mulige videre undersøkelser som systematisk kan se på prosessene som utspiller seg i møtene mellom barna og sykehusklovnene.

### **1.1.2 Formål og problemstillinger**

I første del av oppgaven gjør jeg rede for noen aspekter ved å være et sykt barn på sykehus. Diagnosens art og alvorlighetsgrad, forløp og varighet, barnets alder og hvorvidt operasjoner er nødvendige, er alle avgjørende for barns tilpasning til sykdom og sykehusopphold. Slike drøftninger vil falle utenfor rammen for denne oppgaven. Her omtales barnepasienter som en generell gruppe, selv om denne er svært sammensatt. Oppgaven tar utgangspunkt i sykehusoppholdet som en mulig stressende kontekst. Dette er bare en av mange potensielle belastninger et sykt barn kan stå ovenfor, og deres opplevelse blir avhengig av beskyttelses- og risikofaktorer. Syke barn på sykehus er “normale” barn i en “unormal” situasjon. Sykdom er en belastning for barnet og familien i seg selv, og innleggelse på sykehus kan ytterligere skape påkjenninger. Kriser har mange mulige utviklingsveier. De kan innebære traumatiserende opplevelser, men gir også muligheter til personlig vekst. På hvilken måte kan sykehusklovnene bidra til å støtte hvert barns unike mestring i denne krisen, slik at situasjonen blir mindre traumatiserende for barnet? Kan psykologisk teori bidra til forståelse av sykehusklovnenes bidrag til barnet? Under hvilke rammebetingelser på sykehuset fungerer klovnene best? Og hvilken relevans har prosjektet for vårt fagfelt?

Gjennom en observasjons- og intervjustudie ved en barneavdeling på Rikshospitalet der klovner er ansatt, ønsker jeg å bidra til økt forståelse av et nytt tiltak på norske sykehus, som vi vet lite om. For å kunne danne et grunnlag for videre forskning, er det på dette stadiet nyttig å kartlegge opplevelsene til noen som har erfaring med tiltaket. Først gjengir jeg observasjoner av sykehusklovnenes besøk, samt utdrag fra intervjuene med dem. Jeg kommenterer også på hva som kan ha hatt betydning i møtene. Deretter introduserer jeg fire mulige forståelsesmodeller, på bakgrunn av kunnskapsbasen i innledningen. Disse temaene blir brukt i framstillingen av intervjumaterialet med de øvrige informantgruppene. Klovnenes eget perspektiv er en kilde til verdifull kunnskap, siden de kan fortelle oss mest om sine mål og virkemidler. I tillegg er det spesielt interessant hva aktører innenfor psykologfaget tenker om sykehusklovnenes funksjon. Derfor ble et par representanter fra BUP på Rikshospitalet

rekruttert. I intervjuene deltok også sykepleierne på avdelingen, som er viktige informanter med mulighet til å observere samspillet mellom barna og klovnene. Jeg diskuterer intervjumaterialet i lys av oppgavens problemstillinger, og drøfter prosjektets metodiske utfordringer.

Dette er en eksplorerende empirisk oppgave, som bruker kvalitative data for å beskrive prosesser som trenger økt forståelse. I kvalitativ metode skal omfanget av data møte et metningsnivå. Det endelige utvalget i studien ble magert, og når ikke metningsnivå, derfor vil intervjuene først og fremst bli brukt som illustrasjoner. På en måte kan prosjektet nærme seg den psykologiske litteraturanalysen. Klovnen kan sies å være en fiktiv figur, men i motsetning til et stykke litteratur er den levende i samspill med virkeligheten. Slik blir den en dynamisk og uforutsigbar enhet, og tilnærmingen til et slikt fenomen vil heller ikke helt passe inn i en litteraturanalytisk metode. Siden forskning på sykehusklovner er svært begrenset, blir forsøket på å gjøre dem mer håndgripelige i seg selv en konstruksjonsprosess, der mitt bidrag er et forsøk på utvikle en mer definert og avklart praksis.

## **1.2 Barn på sykehus: noen utviklingslinjer**

### **1.2.1 Psykologer i pediatrien**

I løpet av de siste to hundre årene har pediatrien som egen vitenskap vokst fram. I første halvdel av nittenhundretallet var vitenskapelige interesser hevet over alt annet. Dette har sørget for en sterkere kunnskapsbase og bedre behandlingsmetoder, men førte også med seg at synet på pasienten som individ ble svekket (Lansdown, 1996). På 1940-tallet ble oppmerksomhet rettet mot effektene av separasjon fra foreldre, og det ble gjort direkte observasjoner av barna og deres reaksjoner i sykehuset (Robertson, 1952; Spitz, 1945, gjengitt etter Lansdown, 1996). Bowlbys (1951) forskning og teorier om tilknytning fikk en umiddelbar betydning for utviklingen videre av tilrettelegging og endret praksis for barns ivaretagelse på sykehus i England (Lansdown, 1996). Anna Freud hadde også stor innflytelse på utviklingen innenfor pediatri i England (Ramsden, 1999). Freud var opptatt av legitimering av barns forståelse, og at deres emosjoner alltid er virkelige for dem, selv om ikke alltid forståelig for den voksne i lys av de ytre omstendighetene. Hun kom med viktige innvendinger mot objektivisering og fremmedgjøring av det syke barnet (Freud, 1952). Utviklingen har i de siste femti årene gått i retning av å møte barna mer på deres premisser.

Det er i dag et kjent forhold at innleggelse på sykehus ofte vil være belastende for barn, men fortsatt et behov for fler langtidsstudier av dette forholdet (Sandberg & Stevenson, 2008), og økt forståelse av hvordan negative konsekvenser kan forebygges. Situasjonen for barn på sykehus er imidlertid under utvikling, og vår kunnskap bør stadig revurderes.

Som svar på behov som ikke kunne møtes av pediatrien eller psykologien alene, vokste pediatriisk psykologi fram (Kagan, 1965; Roberts, 1986). Den første norske pediatriiske avdeling ble opprettet i Oslo for rundt hundre år siden (Vandvik, 1994) og i 1950 kom den første barnepsykiatriske avdeling på Rikshospitalet. En ildsjel her var Barneklivikkens overlege Simonsen, blant annet for tilrettelegging av lek (Seip, 1990). Som det første sykehus i Norge fikk Rikshospitalet i 1979 også en egen avdeling for psykisk helsetjeneste for barn og unge (BUP) (Vandvik & Fossen, 1989). BUP Rikshospitalet er ikke organisert som vanlige BUP'er. Målsetningene på BUP Rikshospitalet er "utredning, behandling og oppfølging av somatisk syke barn og deres familier, inklusive søsken. Et delmål er å bidra til økt mestring og forebygge negative sykdomskonsekvenser", samt veiledning/konsultasjon til personalet (Rikshospitalet, 2008). Psykologer i pediatrien er opptatt av at barna skal identifisere seg mindre med sykdommen sin, og at sykehusomgivelsene skal gjøres så "normale" og barnevennlige som mulig (Ramsden, 1999). Psykologer jobber nå ved flere barneavdelinger på sykehus i Norge, enten i team i avdelingen eller eksternt tilknyttet (Kristensen, 2006).

Et tidlig lekeprogram for barn i sykehus fokuserte på normalisering, økt valgfrihet, samt mindre passivitet (Tisza, Hurwitz & Angoff, 1970). Barn gis stadig mer medbestemmelse ved tilrettelegging av prosedyrer (Reinfjell et al., 2007; Stuber, Shemesh, & Saxe, 2003), og det er i norsk helsevesen i dag et økt fokus på å fremme mestring (Heyerdahl, 1998, gjengitt etter Kristensen, 2006). En generell definisjon som kan brukes på mestring er "den atferd eller de strategier som en person bruker for å møte utfordringer og tilpasse seg omgivelsenes krav" (Dyregrov, 2010, s.8). Man har ikke funnet noen spesiell mestringsstil ved sykdom som universelt er den beste, dette kommer an på barnet og konteksten (Sandberg & Stevenson, 2008). Wallander og Varni (1998) har utarbeidet en modell over risiko - og beskyttelsesfaktorer som spiller inn ved tilpasning til kronisk sykdom. En slik forståelse av individuelle variasjoner ved mestring må også ligge til grunn ved intervensjoner. De beste intervensjonene iverksettes ved å lytte til barnet for å finne hvilken mestringsstil det naturlig bruker, og så bygge videre opp rundt denne (Salmela, Salanterä, Ruotsalainen & Aronen,

2010). Selv om feltet er i utvikling, er det fortsatt et behov for intervensjoner spesielt for somatisk syke barn (Stuber et al., 2003).

Barnekonvensjonen (Menneskerettsloven, 1999) fastlegger rettigheten til hvert barn å utfolde seg i lek (artikkel 31). I tråd med dette har også Pasientrettighetsloven (2004) en paragraf (§ 6-3) om barns rett til aktivisering og stimulering under opphold i helseinstitusjon, innenfor rammer av forsvarlighet ved det enkelte barnets helsetilstand. Det er observert at barn ned i treårsalder bruker lek for å føle seg bedre ved smerter (Carr, 2006). Barnet vil naturlig søke å integrere og tilpasse seg til nye opplevelser, men medisinske rutiner kan lett forstyrre barnets mestringsforsøk. Det er derfor viktig at vi anerkjenner og oppmuntrer barnets vitalitet, mestringsstrategier og forsøk på selvtrøst (Clark, 2003). Clark beskriver en symbolsk mestringsstrategi kalt fantasifull mestring (imaginal coping): ”Imaginal coping is an opportunity for shared activity, for common ground between adult and child. Imaginal coping avoids an imposition of adult needs or desires upon the child quite apart from the child's own inclination” (Clark, 2003, s.165). Clarks erfaring er at mange syke barn spontant identifiserer seg med en spesiell lekefigur. De lager historier om figuren, som også er syk, men som mestrer det. Slik kan barnet oppleve at sykdom og mot kan sameksistere. Kan det tenkes at sykehusklovnene kan støtte opp om en slik naturlig mestringsform hos det syke barnet?

Foreldre er barnas viktigste ressurs, i de aller fleste situasjoner. Men som Vikan påpeker i en reportasje i forbindelse med minneprisen i 2008 (Strand, 2008), skjer det under sykehusoppholdet ofte at mor og far overskrider rollene som foreldre, og fungerer mer som sykepleier eller psykolog. Når dette skjer kan det gå på bekostning av naturlige roller og grenser i familien. Selv om familien har psykososiale behov under sykehusoppholdet og kan trenge støtte, er det ikke alltid lett å ta imot psykologhjelp (Kristensen, 2006). Både barn og foreldre kan oppleve at de er omgitt av en lang rekke personer med mye autoritet og makt, noe som kan gi følelser av avmakt og trussel. For noen familier er det kanskje lettere å bli møtt av en mer nøytral og ”normal” aktør. Kan sykehusklovnene spille en rolle i slike situasjoner?

### **1.2.2 Barnas opplevelse av å være på sykehuset**

Alvorlig sykdom fører ofte med seg en forhøyet risiko for utvikling av posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (Gjems & Diseth, 2011; Stuber et al., 2003). Ledsagende smertefulle behandlinger og angst kan gi traumelignende problemer, og disse opplevelsene

kan merke noen for resten av livet (Hofgaard, 2008). Opp til 65 % av barn som skal inn til operasjon og motta anestesi utvikler omfattende angst under forberedelsene (Kain, Mayes, O'Connor & Cichetti, 1996). Det er videre funnet sammenhenger mellom nivå av angst forut for operasjon, og den psykologiske tilpasningen etter operasjonen (Kain et al., 2004). Medisinske prosedyrer ser også ut til å oppleves mer traumatisk enn andre faktorer tilknyttet sykdommen (Stuber et al., 2003). Barn trenger hjelp til mestring av slike smertefulle og uforståelige livshendelser. Likevel er det mange barn hvis behov for psykologisk oppfølging ikke blir fanget opp (Stuber et al., 2003). En studie har funnet sterk undervurdering blant helsepersonell vedrørende forekomsten av PTSD på intensivavdelingen. Kun 7 % av personalet trodde at barna kunne utvikle PTSD, og 11 % kjente til kartlegginger, mens 80 % var usikre på om de ville prioritere ta i bruk metodene og intervensjonene (Ziegler, Greenwald, DeGuzman & Simon, 2005).

Nesten alle barn vil i møtet med en signifikant og potensielt traumatiserende medisinsk hendelse gå gjennom en periode av tilpasning, med akutte stressreaksjoner. Begrepet “medisinsk traumatisk stress”(Kazak et al., 2007) blir brukt som et rammeverk for forståelse av kort- og langtdsreaksjoner på sykdom og skader. Betegnelsen forholder seg til grader av symptomer, heller enn en full diagnose. Medisinske hendelser varierer i grad av akuttet, intensitet, varighet, og alder ved oppstart. De varierer også i forhold til trussel om tilbakefall, komplikasjoner i etterkant, fysisk synlighet og familiefaktorer. Forskning indikerer at alvorlighetsgrad av sykdommen ikke predikerer psykologisk tilpasning (Horowitz, Kassam-Adams, & Bergstein, 2001). Derfor brukes betegnelsen “potensielt traumatiserende hendelser”, og blir av Dyregrov (2010) slik definert:

*overveldende, ukontrollerbare hendelser som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for det barn eller den ungdom som utsettes for hendelsen. Vanligvis oppstår slike hendelser brått og uventet, men noen hendelser gjentar seg i mer eller mindre identisk form uten at barnet kan hindre dem. Hendelsene fører ofte til at barnet føler seg hjelpeløst og sårbart. (s.14)*

Sykdommer kan også forstås som en krise, med tapsopplevelser. For eksempel kan det være kroppsendringer, miljøendringer, endrede forventninger til framtiden og endrede relasjoner (Webb, 2007a), samt innflytelse på selvopplevelsen (Carnevale, 1997).

Det har tradisjonelt preget forskning at barn ikke ble vurdert som kompetente til å gi sitt eget synspunkt på opphold i sykehuset, selv om de faktisk er målgruppen for behandlingen

(Battrick & Glasper, 2004; Bossert, 1994; Coyne, 2006). Voksnes antakelser kan langt på vei være riktige, men også mulig ufullstendige (Bossert, 1994). Øvreeide sier i sin bok "Samtaler med barn" at små barn i høy grad kan formidle sine opplevelser. I situasjoner hvor dette ikke er tilfellet, kommer det av hindringer i omgivelsene eller hos de voksne. Barnekonvensjonen (Menneskerettsloven, 1999) formulerer barnets rettigheter rundt slike spørsmål:

*Parties shall assure to the child who is capable of forming his or her own views the right to express those views freely in all matters affecting the child, the views of the child being given due weight in accordance with the age and maturity of the child. (artikkel 12)*

Det finnes noen studier hvor barnas opplevelser var i fokus. I en intervjustudie med 11 barn, var de vanligste negative opplevelsene de medisinske prosedyrene, men også mangel på selvbestemmelse og forstyrrelse av dagligliv (Coyne, 2006). I en større studie (Bossert, 1994) ble uttalelser fra 82 barn på sykehus samlet, og totalt 337 ubehagelige sykehusopplevelser ble her nevnt. Begrenset aktivitet var en viktig faktor. Under lanseringen av rapporten fra Barneombudet (2011) sier Hjermann (2011):

*med disse [ekspert]gruppene, så får vi et helt annet innblikk enn vi ellers ville fått, i hvordan systemet virker eller ikke virker... vi lærer noe som vi ikke kan lære fra noen andre... det vi ville høre fra dem var hva det var som var viktig, og hva det er som er viktig å være oppmerksom på, og hva det er som gjør et sykehusopphold bra. Eller ikke bra.*

I rapporten etterlyser barna flere aktiviteter, og mener at helsepersonellet må bli flinkere til å kommunisere på en barnevennlig, men direkte måte. Ved spørsmål på hva som var bra på sykehuset hadde klovnene en viktig plass.

Så langt har jeg belyst visse aspekter som kommer å bli sentrale i behandlingen av problemstillingene videre i denne oppgaven. Samlet skal oppfølgingen av barna på sykehuset bidra til forebygging, mestring, aktiv bearbeiding av og mindre identifisering med sykdommen. Sykehusinnleggelse og sykdom er et vesentlig brudd i barnets og familiens dagligliv, og for å gjøre sykehusomgivelsene så barnevennlige som mulig er det viktig at barna blir anerkjent på sin virkelighet. Som barna selv sier savner de medbestemmelse, og bedre aktivitetsmuligheter. I en sykehuskontekst trenger vi tiltak som møter barns ulike behov. Sykehusklovn kan være et tiltak som sørger for noen av barnas behov.

## **1.3 Teoretisk bakgrunn for prosjektet**

### **1.3.1 Lek med overgangsobjekter**

For Vygotsky (1930-1935/1978) var lek en av de viktigste drivkreftene bak barns utvikling. Han påpekte at selv om mange kun forstår lek som rekreasjon, så er den ikke alltid styrt av velbehag. I Vygotskys forståelse er lek ikke noe barnet konstant gjør, og ikke en selvsagt aktivitet. Vygotsky beskrev leken som et slags overgangsmiljø som fremmer forståelse av meningsinnhold i opplevelser og objekter. Leken skaper en imaginær verden hvor barnets ønsker kan realiseres. Via lekeaktivitet kan barnet prøve ut sine motoriske, kognitive, kommunikative og psykososiale ferdigheter. Leken gir barnet en optimal læringskontekst, hvor det kan ”vokse et hode høyere” enn vanlig. I lek øves dessuten evnen til å bedre regulere sine impulser (Vygotsky, 1930-1935/1978). Elias & Berk (2002) har prøvet ut denne siste hypotesen ved å se på sammenheng mellom impulsivitet hos førskolebarn, og nytten av sosiodramatisk lek for økt selvregulering. Forfatterne mente at funnene deres kunne støtte Vygotskys antakelse.

Winnicott var opprinnelig pediatrik lege, og har stått for viktige bidrag innen utviklingspsykologi, psykodynamisk teoriutvikling og leketerapi (Hansen, 2002). For Winnicott (1971/1981) har lek en utvidet mening, som et elementært og universelt trekk ved menneskers liv. I hans forståelse hører lek sammen med å ha liv rett og slett, i tett sammenheng med kroppsaktivering. Den kreative livsførsel er et tegn på helse, og følelse av at livet har mening. Potensialet ligger ikke i produktene av kreativitet, men i selve den skapende kreative virksomheten (Winnicott, 1971/1981). Winnicott beskriver hvordan lek begynner hos barnet med intens fordypning, hvor barnet leker for lekens skyld uten noe spesielt mål. Men kreativiteten kan også forstyrres på ulike stadier i et liv.

Clark (2003) fremhever lekens og overgangsobjekters verdi for syke barn. Winnicott var den som først innførte teorien om overgangsobjektet. For Winnicott var overgangsobjektet viktig for barnets utvikling av konseptet om et selv, og for å balansere en indre virkelighet med den ytre virkeligheten. For å kunne mestre gapet mellom disse to virkelighetene trenger barnet en tredje dimensjon, en overgangsfære. Det er her overgangsobjektet kommer inn. For barnet er objektet verken et rent ytre eller indre fenomen, og et hvilket som helst objekt kan bringe barnet inn i den skapende overgangssfæren (Winnicott, 1971/1981). Overgangsobjektet kan

også være en kilde til egenregulering og lindring for barnet i stressende situasjoner. I forhold til barn på sykehus kan dette behovet for et overgangsobjekt, som et tillegg til foreldrenes tilgjengelighet, være spesielt viktig. Simonds og Warren (2004) mener at klovnen har et potensial til å fungere som et overgangsobjekt. Klovnen er en levende figur, og en mottaker for projeksjon og manipulering.

### **1.3.2 Affektinntoning**

Barn er ikke lenger adskilt fra foreldrene på sykehus i Norge, men den affektive dialogen kan likevel forstyrres i forbindelse med sykdom, noe som igjen kan påvirke barnets videre utvikling. Affektinntoning bør også være en del av helsepersonellets kommunikasjon med det syke barnet (Reinfjell et al., 2007). Spesielt for syke barn kan det være viktig å oppleve å bli forstått på en umiddelbar måte, fordi samspillskapasiteten ofte blir redusert i deres situasjon.

Stern har, gjennom teorier om og forskning på tidlig samspill, gjort et integreringsarbeid mellom empirisk utviklingspsykologi og kliniske perspektiver (Hansen, 2003). Teoriene om affektinntoning (Stern, 1985/2003) har hatt stor verdi innen utviklingspsykologi. Stern tilbrakte selv mye tid som spedbarn på sykehus, og kan slik ha utviklet en spesiell sensitivitet til nonverbale signaler i omgivelsene (Stern, 1985/2003). Mennesker kan møtes via språklig kommunikasjon, men deling av vitalitetsformer er sannsynlig den mest direkte veien. Affektinntoning handler om å utveksle og matche vitalitetsformer, uttrykt gjennom kroppsspråk i samspillet mellom mennesker. Stern definerer affektinntoning slik:

*En spesiell form for atferd som er en reaksjon på en annens kommunikative affektive atferd. På samme måte som imitasjon er en eksakt gjengivelse av den andres synlige handlinger, er affektiv inntoning en eksakt gjengivelse av hva den andre må ha følt da han eller hun uttrykte følelsene sine gjennom disse handlingene... Dette er en slags imitasjon fra innsiden av hvordan en opplevelse føles, ikke av hvordan den ble uttrykt i handlinger. (Stern, 2007, s.235)*

Stern (2007) forstår den intersubjektive utvekslingen som en grunnbetingelse for utviklingen av våre sinn og relasjoner. Dette elementet i barns samspill med voksne kan virke helende, slik som det virker helende i terapeutiske prosesser.



### 1.3.3 Vitalitet og vitalitetsformer

Begrepet vitalitetsformer er ikke nytt i Sterns forfatterskap, men hans nyeste bok er for første gang i sin helhet viet til dette. Vitalitetsformer og bevegelse er selve manifestasjonen av liv, og av å være levende. Dynamiske vitalitetsformer er variasjoner av bevegelse, tid, kraft, rom, retning og intensjon, som virker sammen til en helhetlig opplevelse av vitalitet (Stern, 2010a). Bevegelsene kan være små og store, og tilstander av våkenhet, aktivering og interesse endres konstant. Vitalitetsformer er psykologiske subjektive opplevelser som oppstår i møte med slike endringer i stimulering. Vitalitetsformene, som ordet hentyder, handler mer om form enn innhold. Med andre ord snakker Stern om *hvordan* heller enn *hva* og *hvorfor* (Stern, 2010a).

Stern brukte begrepet "vitalitetsaffekter" første gang i 1984, og i tiden etter dette har han snakket om nærliggende uttrykk som: "temporal feeling shapes", "temporal feeling contours", "protonarrative envelopes", og "vitality contours". Køppe, Harder og Væver (2008) mener at disse stadige endringene i terminologi er forvirrende. Stern (2010a) svarer på denne kritikken at disse endringene gjenspeiler stadig nye forsøk på å finne den beste beskrivelsen, på et fenomen som er abstrakt og ikke så lett kan fanges i ord.

Hvorfor syns Stern vitalitetsformene skal bevisstgjøres? Først og fremst kan det bidra til forståelse av kommunikasjon. Stern mener dynamiske vitalitetsformer inngår i all interpersonlig regulering av nærhet og avstand. Derfor vil en speiling av den andres vitalitetsformer ha betydning for hennes eller hans opplevelse av å forstå og bli forstått. Dette er spesielt viktig for syke barn, hvor den språklige kommunikasjonen kan være mindre utviklet, og ofte også satt tilbake på grunn av stress og frykt. Stern mener at vitalitetsformene er med oss helt fra starten, uttrykt gjennom alle slags omsorgshandlinger (Stern, 1985/2003). Spedbarnet er sensitivt til intensitet i samspill, og mister interessen hvis den er for svak, mens hvis for sterk virker aversivt. Ved introduksjon av noe nytt er det viktig å være oppmerksom på spedbarnets toleranse for intensitetsnivå, og finjustere seg ut fra reaksjonene man får (Stern, 2010b). Vanligvis er dette en naturlig utveksling, men barn som er innlagt på sykehus er i en situasjon hvor bevegelsesfriheten er mindre, og i noen tilfeller invalidiserende. I tillegg kan de ha hatt traumatiserende opplevelser i forbindelse med sykdommen og behandlingsprosedyrene. Frykt og smerter kan blokkere barnet fra kontakt med kroppen sin. Derfor kan hjelp til regulering av vitalitetsformer være spesielt viktig hos de syke barna.

Vitalitetsformer uttrykkes i samspill her og nå. Stern beskriver nå – øyeblikket som en mikroverden. Med dette mener han at det som skjer i hvert øyeblikk, ikke er avskåret fra livet for øvrig, men knyttet til viktige tema i personens liv. Å dvele ved nå-øyeblikket kan gi tilgang på flere muligheter og detaljer som vi ellers kunne gått glipp av.

Vitalitet er den drivende kraften bak skapende virksomhet (Stern, 2010a). Samspillet i improvisasjonsteater og dans er ofte nonverbalt og hver bevegelse skapes gjennom kontakten der og da. Musikk, teater, dans og film er konstruert rundt konstante variasjoner som holder et optimalt aktiveringnivå: "the entire piece consists of cycles of contraction and relaxation, crisis and resolution, tension and release, and shifts in vitality" (Stern, 2010a, s. 92). På den måten kan vitalitet både forstås som det som stimulerer vår kreativitet, samtidig som den skapende virksomheten gjenspeiler den vitale prosessen i oss. Sammenhengen mellom vitalitetsformer og kunst er spesielt interessant i lys av målet med denne oppgaven, forståelse av sykehusklovnens arbeidsmåte.

Affektteori kan også sees som en basis for vitalitet. Monsen (1996) bruker følgende definisjon på vitalitet "... et godt gjensidig forhold mellom hvordan en person *har det følelsesmessig* og hva han *gjør med følelsene opplevelsesmessig og ekspressivt*. Vitalitet betyr å leve slik at følelsene aktiveres i en viss bredde, samt å kunne integrere disse opplevelsene og uttrykke seg tydelig." (Monsen, 1996, s.150). Monsen tenker at utvikling av autonomi bygger på et miljø som anerkjenner dette vitale aspektet hos personen. Når livsmiljøet i for stor grad forneakter en vital livsutfoldelse, kan det bidra til å skape hemninger og mulig også psykiske forstyrrelser (Monsen, 1996). Monsens teorier er mer orientert rundt den voksne klientgruppen enn barneklienter, men er interessant i forbindelse med Linges forståelse av sykehusklovnens arbeidsmåte. Affektteori er også hennes utgangspunkt, og hun påpeker at følelsen overraskelse-forbauselse er spesielt karakteristisk for klovnens ansikts- og kroppsuttrykk (Linge, 2011). Klovnene ønsker å stimulere barnas nysgjerrighet og deltakelse, gjennom stadig å overraske (Linge, 2008). Tomkins (1962, gjengitt etter Linge, 2011) mente at overraskelsens funksjon var å forberede nervesystemet til nye erfaringer. På denne måten kan det tenkes at de opplevelsene som følger i etterkant av en slik aktivering, har mulighet til å varig påvirke barnas emosjonelle klima i positiv retning. Gjennom etableringen av en kontakt, mener Linge at følelsene gjennomgår en utvikling fra interesse – opphisselse til behag – glede (Linge, 2011). Kan klovnene på denne måten invitere tilbake det syke barnets iboende livskraft? "Det är aldrig för sent – någonstans inom varje barn, hur sjukt det än är, finns en

gnista av liv, en kraft som måste få komma fram” (Linge, 2007, s.191). Jeg kommer til å se videre på hvilken betydning leken, affektinntoning og vitalitetsformer kan ha for barn på sykehus, og i møtet med klovnene.

## **1.4 Litteratur om sykehusklovnenes metode**

### **1.4.1 Hvordan kom klovnene inn i sykehusene?**

Klovner har eksistert i ulike former og under forskjellige navn i de fleste kulturer gjennom tidene (Towsen, 1976). Den første kjente hoffnarr var under Egypts femte dynasti. Ordet clown kom inn i det engelske språket på 1500-tallet, og hadde da betydningene bonde og enfoldig. Commedia dell’arte, fra 1500-tallet i Italia, anses med sin poetiske uttrykksfullhet å være den mest innflytelsesrike tradisjonen innenfor klovnehistorien. Her spilte karakterene Harlekin og Pierrot på motsetninger, blant andre naivitet og skarpsindighet. På slutten av syttenhundretallet vokste sirkuset fram i Europa, og her ble alle slags typer klovner samlet. Klovnetradisjonen blir beskrevet som en dynamisk form for skuespill, med egne regler og improvisasjon. Klovnen er en fri sjel, som kan inspirere tilskueren til nye innsikter. I all klovning ligger det dessuten en tendens til å vekke en følelse av overlegenhet eller kompetanse hos tilskuerne (Towsen, 1976). Klovns visdom kan sies å ligge i at den ikke vet noeenting (van Troostwijk, 2006). I denne oppgaven vil ordet klovn bli brukt som en overordnet term, og spesifikt for sykehusklovner, selv om det finnes et mangfold av varianter innenfor tradisjonen.

Ved en gjennomgang av bruk av klovner i ulike kulturer, har Charles (1945) sett på fellestrekk rundt klovns funksjon. Hun fant at forstørring og tydeliggjøring av virkeligheten var sentralt. I mange av kulturene ble klovnen tilskrevet helbredende kvaliteter, og var en som sørget for å møte kulturelle eller psykologiske behov. Våre liv består både av glede og sorg. Klovnen er en som vandrer på en egg mellom de to følelseslandskapene, og trår stadig ned på begge sider av denne eggen (Schwebke & Gryski, 2003). Klovnekarakteren er full av motsetninger, samtidig en person, men passer likevel ikke helt inn i samfunnet. Derfor oppleves klovnen ikke helt virkelig, men heller ikke bare som et fantasivesen (Schwebke & Gryski, 2003). Klovnen har paralleller med figuren luring (trickster) (Towsen, 1976). Jung (1959) var spesielt interessert i denne figuren, som en av arketyperne som finnes i en kollektiv underbevissthet, opphavet til hvert individs underbevissthet. Jung påpeker at luringen har

overlevd på tvers av århundrer og kulturer, og at dette må være fordi den har en viktig funksjon. Luringen står for det grensesprengende, en som åpner opp for undring og kreativitet i en statisk situasjon (van Troostwijk, 2006).

I september i 1908 hadde den franske avisen *Le Petit Journal* et nummer med en forsideillustrasjon av to klovner på besøk hos barn i en sykesal (se forsideillustrasjon). Denne henviste til en klovnetrupp som nylig hadde vært på turné på barnesykehus i London. På denne tiden besøkte også klovneorganisasjonen ”Barnum & Bailey” sykehus i New York (Warren, 2011). Det ble den gangen sagt at kanskje klovnene kunne virke helsefremmende for barna (Laut, 1908). Denne tråden ble plukket opp igjen mot slutten av århundret, i USA. Legen Patch Adams blir gjerne regnet som sykehusklovnenes forfader, og mange kjenner til ham fra filmen med samme navn som kom på kinoer på nittitallet. Adams begynte på syttitallet å bruke klovnenese under møtene med pasientene sine. Han etterlyste mer empati og kontakt mellom helsepersonell og pasient, og mente at sykehusklovner kan stimulere dette (Adams, 1998, 2002). Ifølge Adams behøver ikke bruken av klovning begrenses til profesjonelle klovner, men at hvem som helst kan bidra på denne måten og gjerne også helsepersonell (Adams, 2002). Babies and Childrens hospital i New York var imidlertid det første sykehuset som i 1986 tok i bruk spesialiserte sykehusklovner, fra organisasjonen Clown Care Unit (The Big Apple Circus, 2011). Etter dette har sykehusklovner spredt seg til mange land, både i Europa, Nord- Amerika, Sør-Amerika, Australia, samt Kina, Sør-Afrika og Israel (Spitzer, 2006). Det finnes nå over 45 sykehusklovn-organisasjoner, i ulike størrelser (van Troostwijk, 2006). Sykehusklovner har i Sverige eksistert i 20 år (Linge, 2011). Tusenvis av barn har nå møtt klovner under sitt sykehusopphold (Koller & Gryski, 2007). I Norge har Haukeland sykehus i Bergen hatt sykehusklovner fra 1999, og fra 2001 på Rikshospitalet i Oslo (Kruse, 2004). Sykehusklovner jobber forskjellig i ulike land i forhold til om de går alene til barnet, eller som par. Sykehusklovnene i Oslo jobber i par, og det blir også utgangspunktet i denne oppgaven.

Sykehusklovner er en voksende yrkesgruppe, og det er derfor behov for å definere hvilke virkemidler som er viktige, og hvilken rolle sykehusklovnene bør ha innenfor helsesystemet (Koller & Gryski, 2007; Nuttman-Shwartz, Scheyer & Tzioni, 2010). For å kunne jobbe med barn i en sårbar livssituasjon, er det viktig med profesjonalitet og kvalitetskontroll (Henderson & Rosario, 2008; Vagnoli, Caprilli & Messeri, 2010). Sykehusklovnene i Oslo er underlagt taushetsplikt og sykehusets krav til hygiene (Sykehusklovnene, 2011). På Kings College i

London får studenter i sykehusklovning både medisinsk og artistisk opplæring (Glasper, Prudhoe & Weaver, 2007), og Israel har en bachelor – utdanning i ”medisinsk klovning”, basert på teori og praksis (Tener, Lev-Wiesel, Franco & Ofir, 2010).

#### **1.4.2 Hvordan blir sykehusklovnenes arbeidsmåte beskrevet i litteraturen?**

Fra de norske klovnenes ståsted er det behov for mer opplysning om hva sykehusklovnene gjør (Bødtker, 2006). Mange forbinder klovner med bråkete kostymer, og et ansikt fullt av grell sminke. Dette kan nok sies å være en av årsakene til at det finnes barn og voksne med angst for klovner. Vi vet at lesing av ansiktsuttrykk er et av menneskenes mest fundamentale sosiale behov, noe som gir grunnlag for å kunne forstå menneskers følelser og predikere deres atferd (Ekman, 1993). Dette blir vanskelig når man ser et ansikt dekket av sminke, hvor trekkene kan være feilproporsjonert og stive. Det kan i sin tur utløse angst. Sykehusklovner bruker derimot oftest lite sminke, og noen bruker ikke annet enn den røde nesen, ut i fra bevisstheten om at barn i en sårbar situasjon gjerne er ekstra sensitive for skremmende inntrykk. Men hva er det sykehusklovnene egentlig gjør? Etter min gjennomgang av litteraturen som er skrevet om og av sykehusklovner, kom noen hovedtrekk fram som jeg nå presenterer. Disse hovedtrekkene vil senere bli diskutert i lys av formålet med oppgaven.

Klovnen har en lang tradisjon for å skape positive følelser, og befinner seg ofte i komiske situasjoner. Latter kan få oss til å slappe av og har kanskje til og med mer dyptgående helsefremmende effekter. Men handler klovnen bare om humor? Humor er en bonus, men kun et av resultatene klovnene ønsker (Schwebke & Gryski, 2003; van Troostwijk, 2006). Det finnes dessuten mange ulike typer humor, og den som gir håp er den viktigste for klovnen. Klovnen viser at det går an å falle for så å reise seg opp igjen (Schwebke & Gryski, 2003). Lek er heller ikke alltid fylt med humor (Bala, 2010) eller velvære. Lekens funksjoner kan også være metaforisk innsikt, sublimering, kompensering via fantasi (Schaefer, 1999).

Simonds og Warren (2004) påpeker at alle situasjoner og alle pasienter krever noe nytt av klovnen, derfor er absolutt tilstedeværelse og lytting avgjørende, for å møte behovene der og da. Klovnen er åpen og sårbar, lyttende ut fra en egen indre stillhet (Schwebke & Gryski, 2003). Denne sensitive tilnærmingen til det individuelle barnets behov og alder blir av flere framhevet som en sentral faktor (Kingsnorth, Blain & McKeever, 2011; Linge, 2008; Thompson – Richards, 2003). Sykehusklovnene jobber også med å finne veier til de mest

syke (Linge, 2011). Klovnenes naivitet kombineres med den voksnes refleksjon, bak den røde nesen (Linge, 2008).

En profesjonell klovner er trent i å møte og benytte seg av et vidt spekter av emosjoner, og i dette arbeidet brukes ofte ansikt og kropp, mer enn verbale uttrykk (Simonds & Warren, 2004). Gjennom en trygg og autentisk kontakt ønsker klovnene at barna får hjelp til å uttrykke sine følelser og tanker gjennom lek (Oppenheim, Simonds & Hartmann, 1997; Tener et al, 2010). I følge Russ (2004) øker barns lekeaktivitet åpenhet for affekter. Gjennom lek kan barnet få økt innsikt i hva den følelsesmessige aktiveringen betyr, og at den er mulig å regulere. Dette kan i sin tur øke barnets vitalitet (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Simonds og Warren (2004) påpeker likevel at det er viktig å sørge for at barnet ikke blir sittende fast i en sterk emosjon for lenge, og at leken forblir på symbolsk nivå. Klovnen har et ansvar for å snu noe negativt til noe konstruktivt, som sykehusklovnen Øvsthus (2002) ved Haukeland sykehus påpeker. ”Klovnen ser verden gjennom barnets øyne og resirkulerer livet” (Øvsthus, 2002, s. 67).

Ett av de sentrale trekkene ved sykehusklovnene er fokuset på samspill, heller enn underholdning (Spitzer, 2002). Dette er kanskje noe av det viktigste som skiller sykehusklovnene fra sirkusklovnen, hvor man underholdes anonymt og mer passivt (Linge, 2008). Klovnen skal igangsette lek som inviterer barnet til å delta, på barnets premisser (Koller & Gryski, 2007). Samspillet kan inspireres av lyder og gjenstander i omgivelsene, og disse impulsene kan slik få nye meningsinnhold (Oppenheim et al., 1997). Leken utvikler seg ideelt fra barnets respons, og ikke fra klovnenes tanker eller ideer. Sykehusklovner er eksperter i gjenkjenning av forskjellige signaler på frykt, forlegenhet, forbløffelse og glede (Schwebke & Gryski, 2003). Tegn på usikkerhet øker klovnenes ansvar for å trygge barnet (Øvsthus, 2002).

### **1.4.3 Hva ønsker sykehusklovnene å oppnå?**

Klovning er for sykehusklovnene et middel, ikke et mål i seg selv. Et sentralt mål er å bidra til normalutvikling (Meldgaard & Kjær, 2008; Schwebke & Gryski, 2003; van Troostwijk, 2006), og å la barn få være barn (Henderson & Rosario, 2008). Pasientene er ikke sin sykdom, og klovnene er der for å møte hele barnet (Simonds & Warren, 2004). Den norske organisasjonen Sykehusklovnene (2011) formulerer sitt mål slik: ”I en sykehushverdag hvor en nødvendigvis må rette oppmerksomheten mot sykdom søker sykehusklovnene med sin

scenekunst å fremme det livgivende, skapende, drømmende og lekne mennesket. Det er aldri hele barnet som er sykt!” Dette arbeidet gjøres likevel ikke ved å fornekte smerte, som også får plass i leken, når dette er behovet (Thompson – Richards, 2003). Jeg tenker at dette er viktig, det er positivt at klovnene står for gode følelser, men dette er ikke bestandig realistisk. Det har ikke alltid hensikt å fokusere kun på positive følelser, ettersom det hele barnet slik heller ikke blir ivaretatt. Sykdom medfører mange følelser, som alle trenger å bli anerkjent. Da er det som klovnene påpeker, viktig at alle følelser er velkomne (Meldgaard & Kjær, 2008).

Klovnene ønsker at barnet blir oppslukt av leken, og sykehussengen som opprinnelig opplevdes som en trussel, blir transformert til en lekeplass (Tener et al, 2010).

Sykehusklovner jobber ved først å sørge for at barnet opplever seg trygg, før de går videre i å skape noe sammen. Det kan være viktig først å holde seg litt på avstand, og unngå for mye øyekontakt. Dersom barnet ønsker at klovnene skal gå, er de lydhøre for dette og respekterer alltid et nei (Koller & Gryski, 2007). Sykehusklovnen behøver ingenting og ber heller ikke om noen ting av barnet (Schwebke & Gryski, 2003). Barnet skal få en betingelsesløs glede, hvor ingen spesiell respons er forventet (Linge, 2011; Thompson – Richards, 2003). Å måtte ligge i lengre tid syk gir ofte følelser av avmakt, og det å bli hørt på sine grenser kan gi en motvekt til dette (Koller & Gryski, 2007; van Blerkom, 1995). Barnet kan føle økt innflytelse ved at klovnen ber om deres tillatelse (Henderson & Rosario, 2008), og lar barnets initiativ styre (Thompson – Richards, 2006). Barnas følelse av medbestemmelse er et sentralt mål (Glasper et al., 2007; Øvsthus, 2002).

Klovnen posisjonerer seg under barnet, slik hoffnarren også følger kongens ønsker. Den følger likevel ikke barnet slavisk, som en underholder, men tilbyr seg som en partner i en relasjon (van Troostwijk, 2006). Barn lærer ikke ved passiv mottakelse av hjelp, de er avhengig av aktivt samspill og meningskonstruksjon. Sykdommen kan sette barnet i en posisjon hvor mindre kraft og påvirkning er tilgjengelig, og dette kan påvirke selvfølelsen. Klovnene jobber for å styrke barnas selvfølelse, og på ulike måter la dem få føle seg kompetente i forhold til den tåpelige klovnen, for eksempel kan barnet vise ekspertise på sykdommen sin (Lima, Azevedo, Nascimento & Rocha, 2009; Linge, 2011; Øvsthus, 2002).

I lek kan barnet utforske roller, og følelser av passivitet og avmakt snus til opplevelse av aktivitet og kraft (Schaefer, 1999; Webb, 2007b). Barnet kan komme i en posisjon som åpner for nye perspektiv “Play involves a depth of vision-including the capacity to see and

experience what is immediately before the child, as well as the power to envision and believe in an alternative” (Clark, 2003, s.112). Klovnenes lydhørhet og uttrykksfullhet kan gi barna mulighet til å se følelsene sine bli speilet og spilt ut via de to klovnene. Den ene kan være den som føler seg liten og svak, og den andre er den sterke som har løsninger på alt (Linge, 2008; Simonds & Warren, 2004). I beste fall kan barnet gjennom klovnenes støtte oppdage nye løsninger og forståelse, ved at barnet hjelper den sterke av klovnene i å finne de beste løsningene (Linge, 2008). I et sykehus omringet av viktige personer som alle gjør viktig arbeid, kan dette styrke barnets selvfølelse som aktiv medvirker (Schwebke & Gryski, 2003).

Sykehusklovner ønsker å tilrettelegge barnets aktive bearbeiding og integrering av sykehusoppholdet, istedet for en mer passiv erfaring (Linge, 2011; Oppenheim et al., 1997; Øvsthus, 2002). Et viktig element i dette er at leken alltid skal være lyststyrt (Schwebke & Gryski, 2003), og overraskelseselementet er et viktig virkemiddel. De gjør ting som er absolutt uventet: “he shakes hands with the doctor and asks him whether he is the new cleaner” (van Troostwijk, 2006, s.7). Men likevel skal klovnen være klar over hvor skjør balansen kan være for det sårbare barnet (Schwebke & Gryski, 2003).

Linge (2007) observerer at sykehusklovnene fanger opp barnas kroppssignaler, søker å forstå hva som ligger bak, og gir tolkningen tilbake i eget kroppsspråk. I litteraturen blir samspillet beskrevet som livsfremmende (Schwebke & Gryski, 2003), stimulerende (Simonds & Warren, 2004), og noe som gir håp, livsglede (Linge, 2007), kraft og energi. Klovnen er en aktiv kriger mot passivitet. Lekens rytme skal være vital, men ikke overstimulere (Øvsthus, 2002). I palliativ omsorg har klovner også fokus på vitalitet, at menneskene skal kunne føle seg levende også når de er døende (Thompson – Richards, 2006).

De norske klovnenes mål blir også beskrevet som å skape en pause fra sykehushverdagen, for å få styrke til å møte den igjen etterpå (Kruse, 2004). I flere artikler blir sykehusklovners aktivitet beskrevet som distraksjon fra smerte og frykt (Golan, Tighe, Dobija, Perel & Keidan, 2009; Vagnoli, Caprilli, Robiglio & Messeri, 2005). Dette blir diskutert senere i forhold til sykehusklovnenes rammebetingelser på sykehuset.

I gjennomgangen av litteratur om sykehusklovner var det noen elementer som blir spesielt relevant i denne oppgaven. Dette gjelder beskrivelsen av klovnen i grenselandet mellom virkelighet og fantasi, og hvordan den ser verden gjennom barnets øyne. Klovnene er opptatt av normalisering, håp og stimulering av vitalitet i møtet med de syke barna. Videre er jeg



interessert i å se på sykehusklovnenes fokus på samspill, nærvær og lytting. Klovnene oppmuntrer til medbestemmelse og ønsker å fremme barnets aktive bearbeiding. Fokus på brukermedvirkning blant voksne klienter er i sterkt vekst i norsk helsevesen. Som barneombudet også minner oss om: barnet er eksperten. Sykehusklovnene har et viktig bidrag her.

## 2 Egen undersøkelse

### 2.1 Bakgrunn for undersøkelsen

#### 2.1.1 Hva er gjort av tidligere forskning på sykehusklovner?

Søk i Psycinfo, Pubmed, Embase, Norart og BIBSYS treffer ni engelskspråklige studier som til nå er gjort for å se direkte på effekten av sykehusklovners virksomhet. En måte klovnebesøkernes effekt er blitt undersøkt, er gjennom fysiologiske målinger. Kingsnorth og medarbeidere (2011) har registrert reaksjoner i det autonome nervesystemet og korrelert dette med atferdsobservasjoner og selvrappport. Dette var kronisk syke pasienter som hadde ligget gjennomsnittlig 52 dager på sykehus. Effekten av klovnebesøkene ble sammenliknet med å se på film. Filmene var matchet med klovnene i type stimuli, og barna fikk valgfrihet i forhold til hvilke filmer de ville se på. Forfatterne fant signifikante effekter av klovnebesøkene på humør og velvære, samt fysiologiske utslag. Dette var basert på et lite utvalg ( $n=7$ ), men studien er styrket i kraft av å ha en eksperimentell design, og gjennom innsamling av flere datatyper (Kingsnorth et al., 2011). En studie med et større utvalg ( $n=44$ ) fant at som følge av klovnenes besøk, så de en nedgang i antall dager nødvendig for tilfriskning, feberreduksjon, signifikant senkning i diastolisk blodtrykk, og respirasjonsfrekvens. De fant også senkning av smerteopplevelse ved egenrapport og fra sykepleier (Bertini, Isola, Paolone & Curcio, 2011).

I de følgende fem studiene er klovner brukt spesifikt i tiden før barnet skulle til anestesi og operasjon. Utvalgene spenner seg mellom det minste på  $n=40$ , og det største med  $n=292$ . Barna var i aldersgruppen 3 – 12 år. Generelt preges studiene av heterogene pasientgrupper, men hvor kronisk syke pasienter var ekskludert, med unntak av to studier (Fernandes & Arriaga, 2010; Smerling et al., 1999). Tre av studiene brukte polikliniske pasienter i sitt utvalg (Golan et al., 2009; Vagnoli et al., 2010; Vagnoli et al., 2005). Alle studiene var randomiserte og kontrollerte, men tok i bruk ulike instrumenter og design. Barn som hadde møtt klovnene viste mindre tegn til angst enn kontrollgruppe (Vagnoli, et al., 2005) og færre selvrappporterte bekymringer før og etter operasjon, sammen med lavere foreldrerapportert angst (Fernandes & Arriaga, 2010). Selvrappportert lidelsestrykk viste seg å gå ned og anestesilegen opplevde bedre samarbeid med barnet (Smerling et al., 1999). En studie sammenliknet effekten av klovner med effekten av beroligende medisiner i forbindelse med anestesi. Stigning i angst fra ventetrom til induksjonsrom var signifikant i

kontrollgruppen og medisineringsgruppen, men ikke i klovnegruppen (Vagnoli et al., 2010). Mens i en annen studie som studerte dette forsvant den positive virkningen av klovnene i det anestesimasken skulle settes på (Golan et al., 2009). I ytterligere en studie ble det funnet en positiv effekt kort etter klovnebesøket, men den var ikke lenger synlig på oppfølging fire timer etter. Riktignok var dette barn som bare var kort innlagt på sykehuset, og klovnebesøkene var også korte (Pinquart, Skolaude, Zaplinski & Maier, 2011). Effektene i Meisel og medarbeideres studie (2010) var ikke – signifikante. Også i denne studien var besøkene korte (7 min), og dessuten var foreldrene ikke til stede.

Disse studiene viser samlet at kronisk syke barns møter med sykehusklovner kan ha positive effekter vist ved fysiologiske målemetoder, tid for tilfriskning og nedsatt smerterapportering. Det ser også ut til at klovnebesøkene kan redusere angst forut for medisinske prosedyrer. Varighet av effektene var likevel mer usikkert, og kanskje må klovnebesøkene være av en viss lengde. Mange av studiene var basert på pasienter som var til poliklinisk behandling eller kortvarig innlagt. De fleste av de nevnte studiene hadde en randomisert og kontrollert design.

Kvalitative intervjudata med fokus på erfaringer med sykehusklovnenes metode er fremlagt i totalt seks publiserte studier og to ikke-publiserte studier. To av disse studiene hadde fokus på klovnenes opplevelse (Glasper et al., 2007; Linge, 2007, 2008), et på helsepersonell (Linge, 2010, 2011), et på barnas opplevelse (Weaver, Prudhoe, Battrick & Glasper, 2007), et på barn og helsepersonell (Kingsnorth et al., 2011) og et på både barn, foreldre, sykepleiere og leger (Battrick, Glasper, Prudhoe & Weaver, 2007). Linge (2011) har også en studie under utarbeidelse med fokus på barn og foreldres perspektiv på klovnene. Solvang (2011) har nylig gjennomført en studie hvor opplevelsen av sykehusklovnene på Rikshospitalet er i fokus. I sin studie har hun intervjuet barn (n= 7) og foreldre (n= 6). Som supplement har hun også anvendt en VAS – skala for å gradere svarene. Solvangs mål var å la barnas stemme på sykehuset bli hørt. Solvang konkluderer blant annet med at klovnene er med på å skape ”trygge rom” for barnet.

Samarbeidet med helsepersonell på sykehus er viktig for klovnene (Koller & Gryski, 2007), og klovnene håper også at de kan være til hjelp for personalgruppen (Oppenheim et al., 1997). I Battrick og medarbeideres (2007) studie mente 85 av 93 sykepleiere at klovnene ikke forstyrret sykehusrutinene, og at de sørget for økt normalitet. Videre opplever personalet at klovnene reduserer passivitet hos barna (Linge, 2010), og gir tilflukt og avbrekk (Linge, 2011). Det er blitt uttrykt ønsker om at klovner deltar mer ved medisinske prosedyrer

(Fernandes & Arriaga, 2010). Kurs blir også holdt for sykepleiere, hvor klovnene formidler erfaringer fra sitt arbeid (Duffin, 2009; Lima et al., 2009).

Klovner blir i tillegg brukt for andre pasientgrupper enn barn på sykehus. For å kunne nå flere syke barn, som ligger hjemme eller på små lokale sykehus, er klovner gjennom webkamera blitt et alternativ i Australia og Nederland. Her interagerer klovnene med 1- 6 barn per møte (Armfield, Bradford, White, Spitzer & Smith, 2011; van Troostwijk, 2006). Klovner har også blitt brukt som støtte i undersøkelser ved mistanke om seksuelt misbruk av barn. Det ser ut til at dette kan redusere angst forut for og under undersøkelsen. Barna i denne studien behøvde ikke anestesi mot smerter, det var nok å ha klovnen der. Forfatterne forstod klovnene her som et bidrag til avslapning og økt kontroll til barnet, slik at situasjonen kan oppleves mer som en utfordring enn en trussel (Tener et al, 2010). Man tenker gjerne at klovner bare hører hjemme hos barn. Likevel finnes det flere klovneorganisasjoner som har spesialisert seg på voksne pasientgrupper, innenfor onkologi (Nuttman-Shwartz et al., 2010), palliativ behandling (Thompson – Richards, 2006), samt innen psykisk helsevern (Higueras et al., 2006) og til pasienter med demens (Careclowns, 2011; Klokkeklovnene, 2011).

Da ingen norske studier om sykehusklovner til nå er publisert, trenger vi beskrivelser fra informantgrupper som har hatt direkte erfaring med klovnene på Rikshospitalet. Som vist ovenfor er det bare utgitt noen få intervjustudier om erfaringer med sykehusklovner, og hver studie fokuserer på ulike informantgrupper, slik blir også sammenlikning mellom studiene komplisert. Derfor har jeg i dette prosjektet samlet inn perspektiver fra flere ulike informantgrupper. Dessuten har ingen studier til nå fokusert på uttalelser fra personell ved psykisk helsevern for barn, noe som jeg mener har høy relevans for forståelsen av denne metoden. Denne oppgaven hviler på en forståelse av syke barns behov, barneperspektivet generelt, relevant psykologisk teori, samt en litterær og empirisk gjennomgang av publikasjoner innenfor sykehusklovners virksomhet. Dette har gitt meg et utgangspunkt for å danne noen antakelser om hvilken verdi møtene med klovnene har for barna.

## **2.1.2 Mulige virksomme elementer**

Med bakgrunn i gjennomgangen av litteraturen som foreligger om sykehusklovner, trådte det fram noen fellestrekk som så ut til å være egnet for en sammenlikning med utvalgt psykologisk teori. Følgende fire tema pekte seg spesielt ut: normalutvikling med håp og medbestemmelse, affektinntoning, ”det skapende rommet”, samt vitalitetsformer.

Barneperspektivet gjelder i alle kategoriene i ulik grad. I det følgende kommenterer jeg de fire temaene litt nærmere, før jeg bruker dem videre i gjennomgangen av intervjumaterialet fra mitt prosjekt.

### **Holde fast i normalutvikling, håp og medbestemmelse**

I et utviklingspsykologisk perspektiv er en av utfordringene ved det å være langvarig syk nettopp at det kan medføre brudd i den naturlige utviklingsprosessen som barnet på enhver tid befinner seg i. Sykdom og sykehusinnleggelse fører med seg mange restriksjoner for barnet. Denne situasjonen står i kontrast til utforskningsbehovet som er en vesentlig motivasjon til og katalysator av barnets læring og utvikling. Barnet må ofte strekke seg for å følge de voksnes velmente krav, og mindre rom gis til forståelse av situasjonen på barnets naturlige måte. I et helsepsykologisk perspektiv kan et møte absolutt på barnas premisser bidra til forebygging av at barnet blir sittende fast i en posisjon hvor mye skjer ”over hodet på dem”. Yngre barn har en spesielt utpreget kategorisk tenkning, og de definerer også seg selv ut fra noen gitte kategorier, for eksempel jeg er en gutt, jeg går på skolen, osv. Barn som i lengre tid er syke har lett for å identifisere seg med sykdommen sin, og slik prege deres selvforståelse. Klovnen symboliserer annerledeshet, noe som kan appellere til barnets egen opplevelse av annerledeshet, og kan hjelpe barnet å plassere det ”syke”. En mulighet blir her at barnet gjennom en slik identifikasjon med klovnen kan føle seg mindre annerledes og derfor mer ”normal”, samtidig som leken kan virke normaliserende i seg selv.

Sykdom kan bringe bekymringer rundt død, både hos foreldre og barn. For å kunne takle belastningene og smerten ved sykdomsforløpet, er følelse av håp og tro en viktig ressurs. I beskrivelser av klovnen kommer det fram at den er sårbar, og kan falle, men finner en måte å klare seg på. På en poetisk og symbolsk måte kan det å observere klovnenes lille, vanskelige og ”mirakuløse” reise ha potensial til midlertidig lindring eller et lite løft av håp.

Medbestemmelse er et viktig aspekt ved aktiv mestring. Aktiv mestring har betydning for individers opplevelse av kompetanse og selvtillit. Barn har i sin utvikling også et naturlig behov for å være ”tøff” og å vise sin kompetanse. Passivitet kan virke inn på selvfølelsen, når barnet har opplevd å ikke kunne gjøre noe med sin situasjon. Den aktiviteten og leken som klovnen stimulerer, kan for barnet nettopp være å gjøre noe. I følge Winnicott var kreativitet det motsatte av håpløshet. Barnet bestemmer sammen med klovnen hva slags verden som skal skapes. Barnet kan selv sette grenser og si nei, og leken er fullstendig lyststyrt. Det er tenkelig

at et møte med sykehusklovnene i visse tilfeller kan bidra til bearbeidingsprosessen gjennom opplevelser av mestring og kompetanse.

## **Inntoning og speiling av affekter**

Reinfjell deler noen av sine erfaringer fra psykologarbeidet med alvorlig syke barn på st. Olavs hospital i Trondheim (Strand, 2008). Hun sier at det viktigste er kanskje ikke bare det du sier, for ord strekker ikke alltid til. Det å være tilstede, å kunne lytte til barnas drømmer, og å vise at du tåler ulike reaksjoner er også viktig. Å lytte til hvor barnet er her og nå virker åpnende, og kan i følge Stern også føre til at flere løsninger blir synlige. Slik kan barna inspireres til å slippe til mer nysgjerrighet og glede. Dette er barnas viktigste affekter, og også de affektene de vokser mest gjennom. Gjennom klovns kreative uttrykksfullhet og forstørring av barnets følelser, kan følelsene bli mer tydelige og bevisste for barnet. En slik affektinntoning er en vanlig funksjon for barnets foreldre, og det ville nok være å gå for langt å tilskrive klovnene en vesentlig rolle i dette. Men det er et faktum at foreldre her er i en presset situasjon, og dessuten kan være traumatiserte. Foreldre skal også ha mulighet til avlastning og støtte. Ved sin kreative og sensitive tilnærming rommer klovnen de vonde følelsene. Med andre ord kan klovnen fungere som en støttespiller, en som kommer med affektinntoning i en annerledes ”innpakning”?

## **Klovnen, barnet og det skapende rommet**

For helsepersonell på sykehuset er det ofte avgjørende å finne måter å motivere barna til å innordne seg viktige behandlingsprosedyrer og rutiner. På sykehuset er det ofte ikke nok tid til å høre barnets stemme, og barna forsøker heller å ta over de voksnes forståelse av virkeligheten. Sykehusklovnen er derimot opptatt av å møte barnet nettopp der det er, der og da. Klovnen befinner seg, i likhet med Winnicotts beskrivelser av overgangsobjektet, i grenselandet mellom fantasi og virkelighet. Klovnen kan på denne måten bli et møtepunkt mellom det indre subjektive og det ytre objektive. Overgangsobjektet fungerer som en mottaker for barnets projeksjoner og manipulasjon. At barnet får anledning til å manipulere klovnen er også beskrevet i litteraturen om sykehusklovner. I Clarks (2003) studie var det mange syke barn som knyttet seg til en spesiell lekefigur, som viste dem at mot og sykdom kunne sameksistere. På denne måten kan barnet minnes på å være et normalt barn, ikke ”bare” en pasient. I et potensielt skapende rom kan klovnen få en funksjon som også minner om en fantasivenn, som barnets impulser ofte leves ut gjennom. Her sprenges grensene for hva som

er mulig og tillatt. Slik kan leken, som Schaefer (1999) påpeker, få en sublimeringsfunksjon for barnets affekter. Det som ikke er mulig i den konkrete situasjonen, kan på magisk vis leves ut sammen med klovnene. Dersom barnet og klovnen sammen kan skape et overgangsmiljø, kan omgivelsene få nye skapende muligheter, og meningsinnhold. Det som først kan ha vært en statisk og passiv situasjon, blir avbrutt av uventede og kreative løsninger.

Voksne kan ofte se lek som et unyttig tidsfordriv, men da glemmer de å se virkeligheten fra barnets perspektiv. Både Winnicott og Vygotsky så lek som utviklingsfremmende. Fantasifull mestring er ifølge Clark (2003) også spesielt viktig for syke barn. Når sykesengen transformeres til et "skapende rom" har dette også elementer av aktiv mestring for barnet. Det er ifølge Winnicott gjennom skapende virksomhet at mennesket virkelig holder seg sunt. Tiltaket kan i tillegg innebære en aktiv og støttet bruk av klovnen som et slags overgangsobjekt, som kan tenkes å ha et potensial som strekker seg utover hva et ikke-levende overgangsobjekt vil ha. Vitalitet og kreativitet kan virke tilbake på hverandre, og er derfor begge faktorer som vi bør vende vårt blikk til.

### **Stimulering av vitalitetsformer**

Vi vet at nummenhet og/eller dissosiasjon er reaksjoner som kan følge ved traumer og kriser, og dette kan også prege syke barns reaksjon på sykehusinnleggelsen. Vi har som psykologer måter å nå disse barna på, ved indirekte eller direkte å hjelpe barnet tilbake i en slags bevegelse igjen. I psykologisk endringsarbeid har kognitive og verbale prosesser en viktig rolle, men hos langvarig syke barn kan slik endring ta lengre tid. Stern mener at vitalitetsaffektene oppleves gjennom alle sansene, og er noe vi kan ha mer direkte tilgang på. Er det mulig at endringsprosessen kan lettes og bli mer lystbetont, med støtte fra en sykehusklovn? I Solvangs (2011) studie beskrev et av barna det slik *"[klovnene] liksom fikk barnet til å flytte litt på seg, og det er det som er så fint"*.

Ut fra Sterns beskrivelser av betydningen av vitalitet og reguleringen av denne, samt hva vi vet om hospitaliserte syke barns virkelighet, kan det tenkes at disse barna gjennomgår tider med mer eller mindre optimale aktiveringstilstander. Dette kan gjelde tilstander av underaktivering, som også er typisk ved depresjon. Men det kan også være snakk om tilfeller hvor barnet er overaktivert, ved angst, sinne og hyperaktivitet. Dette betyr at det for barn på sykehus kan være spesielt nødvendig å finne måter å støtte regulering av aktiveringsnivå og

vitalitet. Det kan tenkes at et sensitivt og inntonet samspill mellom klovnen og barnet kan støtte eller regulere vitalitetsformene til mer optimale nivå.

### **2.1.3 Rekruttering og prosedyre**

Data ble innsamlet på Barnemedisinsk avdeling (Post 2) på Rikshospitalet. Rikshospitalet er spesialisert på behandlingen av sjeldne sykdommer. Behandlingen er ofte del av en omfattende behandlingsplan, derfor er innleggelsen på Rikshospitalet ofte kort, og barnet blir fulgt opp videre på sitt lokale sykehus. Barnemedisinsk avdeling mottar pasienter med immun- eller organsvikt, med vekt på hjertesykdommer. Rekruttering av barn ble kun gjort på denne ene avdelingen, men uavhengig av diagnoser, behandlingsprosedyrer, samt varighet av sykdom og innleggelse. Foreldre til barn i alderen 5 til 14 år ble kontaktet via et informasjonsskriv (se vedlegg 1). Aldersgruppen ble ikke bestemt ut fra nytten de kunne ha av klovnene, men i forhold til hvilken letthet de kunne sette ord på sine opplevelser. Det var ofte en minoritet av aktuelle kandidater som kunne spørres, på grunn av barnas alder eller tilstand og sykehusets rytme.

Godkjenning for prosjektet (se vedlegg 2) ble innhentet fra personvernombudet ved NSD og ved OUS. Under sykehusklovnenes møter med avdelingssykepleier på morgenen ble jeg orientert om hvilke familier som var aktuelle for studien. I samarbeid med sykepleier som var ansvarlig for den enkelte pasient ble familiene informert, og bedt om samtykke til observasjon av klovnebesøket og til intervjuer i etterkant. Skriftlig informert samtykke ble returnert i konvolutt på sykepleiers kontor eller til ansvarlig sykepleier. Alle barn fikk samme tilgang til klovnene, uavhengig deres deltakelse i studien, som poengtert i informasjonsskrivet. Også hos de øvrige informantgruppene ble skriftlig informert samtykke innsamlet. Barnas navn er i oppgaven erstattet med fiktive navn.

Totalt var det foreldre for 10 pasienter som ble aktuelle å spørre om deltakelse i studien. Ved én anledning ble samtykke ikke returnert, og dette ble oppfattet som at deltakelse var uønsket. Tre av foreldrene som hadde gitt sitt samtykke falt fra, grunnet hjemreise, legeavtale, eller forlenget tid på oppvåkning etter narkose. To av de minste barna var mindre i stand til å snakke, en på grunn av manglende samtykke og en på grunn av språkproblemer. Her ble kun foreldreintervjuet anvendt. Det endelige utvalget for intervju bestod av 6 foreldre (4 mødre/2 fedre) og 4 barn (jenter, 5 – 11 år), 2 klovner, 2 ansatte ved BUP på Rikshospitalet (hvorav



den ene hadde god kjennskap til klovnene, og den andre mer perifert kjente til dem), og 5 sykepleiere.

Observasjoner kunne gjennomføres kun ved fire av de seks møtene mellom klovnene og barna, derfor er de siste to vignettene rekonstruert gjennom barnas og foreldrenes beskrivelser. Barna ble intervjuet før foreldrene, med forelder tilstede. Under intervjuene med forelder foretrakk de at barnet også var til stede. Intervju med et barn og mor ble gjort over telefon. Alle intervju ble tatt opp på lydbånd, og deretter transkribert i sin helhet.

Intervjuene ble gjennomført i perioden mai til juni, 2011. Intervjuguiden (se vedlegg 3) er basert på tema fra gjennomgangen av studier av barn på sykehus, utvalgt psykologisk teori, samt litteratur om sykehusklovnene. Spørsmålene til barna er knyttet til hva de gjorde sammen med klovnene, og hvilke opplevelser de hadde av dette. Foreldrene ble spurt om deres personlige erfaring med besøket, og observasjoner av barnas opplevelse. De ble også spurt om tanker rundt barnas behov på sykehus. Lengden på barneintervjuene var gjennomsnittlig på 9 minutter, med den lengste på 13 min. og korteste på 7 min. Foreldreintervjuene tok gjennomsnittlig 14 min., med en spennvidde fra 8 til 24 min. Intervjuguiden for de andre informantgruppene var mer omfattende. Intervjuene med sykepleierne var gjennomsnittlig på 35 min., med en spennvidde fra 22 til 44 min. De to klovneintervjuene tok til sammen 205 min, og BUP-intervjuene var sammenlagt 75 min.

## **2.2 Intervjumaterialet**

Utdrag fra intervjuene med familiene, sykehusklovnene, de BUP-ansatte og sykepleierne vil her bli gjengitt.

### **2.2.1 Barn og foreldres møter med sykehusklovnene**

Det generelle inntrykket fra disse intervjuene, var at det var av stor betydning for foreldrene å se barnet i godt humør igjen. Fire av de seks foreldrene beskrev at barnet var i fokus. Andre generelle opplevelser var at klovnene virket åpne og leste barna. Foreldre nevnte også at det er godt det skjer noe annet enn det vanlige på sykehus: *“... dagene er veldig, veldig, veldig lange for disse barna...”* og at klovnene kan motivere i tilfriskningsprosessen: *“Det er jo egentlig en god motivasjon for å bli litt frisk, så man kan komme forttere ut av sykehus da...”*

*det blir et kjedelig liv å være på sykehus hele tiden...*” Barna beskrev klovnene generelt som morsomme, rare og lure.

I det følgende presenterer jeg utdrag fra intervjuene med foreldre og barn, sammen med mine observasjoner av møtet de hadde med sykehusklovnene. Hver enkelt vignett gir utgangspunkt for noen refleksjoner rundt hva som kan ha hatt betydning for det unike møtet.

1. Tilstede: Ingvild (11 år) er sengeliggende, på enerom med mor. Klovnene banker på en åpen dør og går inn, nynnende med rytmeinstrumenter (se figur 1). Halvveis inne i rommet, stopper de opp og sier *“er det greit om vi kommer inn, forresten?”* Ingvild sier *“snart”*. Klovnene skjønner ikke når snart er, de går inn og ut av rommet gjentatte ganger, og spør om *“det nå er snart, eller snart er nå?”* Til slutt sier Ingvild ja. Hun har en munter og litt skøyeraktig tone. Klovnene improviserer fram en sang som bruker navnet hennes. En pipelyd fra teknisk utstyr blir også viet plass i musikken. Klovnene blir interessert i håndarbeidet til Ingvild, hun viser det fram og sier *“men bare lov å kikke”*. Da ber den ene klovnen (A) om å få ta med håndarbeidet ut på gangen for å se på det der. Ingvild sier nei, og den andre klovnen (B) irettesetter da denne klovnen for å ha vært uskikkelig. Klovn A blir kommandert av klovn B til å gå ned på kne, gjentatte ganger og si unnskyld til Ingvild om og om igjen. Til slutt skriver klovnene et kort til Ingvild, med unnskyldninger, og fortsetter mens de spør henne om de skal fortsette å skrive unnskyld. Hun sier *“ja, fortsett”*, og klovnene fortsetter. Til slutt ber klovnene om å få en tapebit på fingeren, som påminnelse om å være snille.

Ingvild beskriver hvordan klovnene var: *“Lure, sånn morsom lure, på en måte. Tulle lure på en måte.”* *“... også spurte de om de kunne komme inn, så sa jeg snart. Også skjønnte de ikke når snart var... de måtte jo gjøre det mange ganger da. Fordi de spurte, skal jeg skrive unnskyld, så sa jeg, fortsett, fortsett. Så sa de unnskyld, unnskyld. Så jeg bestemte litt, men de bestemte litt over hverandre de og.”* På spørsmål om hvorfor hun tror det er klovner på sykehus, svarer hun *“... sånn at det ikke er så fælt å ligge på sykehuset, at det er litt underholdning på en måte”*. Mor ser et engasjement hos datteren: *“Jeg satt og kikket på henne, så ut som hun synes det var litt gøy og litt flaut. Så det ut som i hvertfall. At hun levde seg litt inn i det.”* *“... når en har sittet her, smilt og ledd litt, så blir en litt glad inni seg. Så leste vi det kortet og.”* Det er noen elementer her som kan tyde på at et tema som var viktig for Ingvild i dette møtet var å få anledning til å ha kontroll over klovnene. Hun kunne få

følelsen av å bestemme, og iredettesette klovnene som hadde gjort noe feil. Slik kommer Ingvild i en selvhevdende posisjon, med de underkastende klovnene til sin disposisjon.



**Figur 1: Ingvild, 11 år, tegning av møtet med klovnene.**

2. Tilstede: Jonas (5 år) sitter i vogn, sammen med far i korridoren. Klovnene beveger seg varsomt, akkompagnert med et trekkspill og såpebobler. Jonas ser nysgjerrig ut og har et forsiktig smil, skjeller litt i hendene. Far er entusiastisk og setter seg ned ved siden av vognen og hjelper Jonas rolig å fange såpebobler. Jonas studerer såpeboblen han har på fingeren. Så lar klovnene ham få blåse såpebobler. Klovnene har en fjærkost, som de koster litt på hverandre med, og litt på fars hode, deretter litt forsiktig på Jonas' hender. Jonas får så holde fjærkosten, og han utforsker denne. Tempoet er under hele møtet rolig.

Far beskriver Jonas reaksjon på sykehusklovnene *"Du ser egentlig smilet, vuuusj, går langt opp mot ørene. Det er veldig positivt, han treng den oppmuntringa han kan få. Det gjør'n. Etter alt han har vært igjennom."* Far forteller videre om forrige gang klovnene besøkte sønnen hans *"... Jeg husker at de drev og tulla med en støvkost og slike ting da, og da hadde Jonas fjæra i hånda da han la seg om kvelden og sovna med den i hånda."* På spørsmål om hva det gjør med far selv at klovnene kommer *"... har det egentlig veldig bra jeg, jeg har det."*

*Jeg ser hvordan han blir, og sånne ting, da blir det mye enklere...* ” I dette møtet er det tenkelig at det er den sanselige og varsomme tilstedeværelsen, og det sakte tempoet, som var nødvendig. Klovnene ga et lite og friskt pust som satte noe i bevegelse, uten at Jonas ble overstimulert. Spesielt for Jonas som i mindre grad kunne uttrykke seg verbalt, så dette ut til å ha vært et lindrende og trygt møte.

3. Tilstede: Hans (6 år) på lekerom med mor, to babyer med foreldre tilstede i et annet hjørne av rommet. Hans sitter med et spill ved bordet og er litt sjenert. Klovnene kommer med små initiativ, og lager en rytme som inkluderer lyden av et hjul på en barnevogn i samme rom. De har et rytme-egg som er uten lyd, og later som de prøver og prøver, og får ikke til å lage lyd. De ber Hans prøve, men samtidig rister de på et annet egg, slik at når Hans rister egget som først ikke ga lyd nå ser ut til å gi lyd. Den ene klovnen setter seg med ryggen til på gulvet foran Hans, og lar Hans blåse såpebobler oppe på hodet sitt. Den andre klovnen spiller munns spill og applauderer Hans når han blåser bobler. Etter hvert oppdager de en løvefigur som står på bordet. Først brøler Hans litt forsiktig på vegne av løvefiguren, så mer og mer “blir” han løven. Klovnene blir skremte, men i en munter og lett tone. Hans er energisk og entusiastisk. Han jager etter klovnene ut av rommet og gjennom gangen, med oppspilte og skøyeraktige løvebrøl.

Mor mener at det var det å være i fokus som var spesielt fint for sønnen; *”Jeg tror han var litt kry. Fordi de kom til ham. Og at det ikke var en forestilling liksom, hvor en sitter og ser på. De henvendte seg til ham, tror han ble litt stolt.”* *”Det var jo at han følte seg litt spesiell, fordi de kom til ham. Veldig mange ikke så gode opplevelser på sykehuset. Godt å få litt frisk pust. At han får litt positiv oppmerksomhet, at det ikke skal skje noe vondt, at det bare er gøy da.”* Mor uttrykker at sykehusklovnene er en velkommen kontrast til sykehusstilværelsen for øvrig *“... på sykehuset, med alle hvite frakker, litt farger og sprell. Bare positivt. Åpnet litt.”* *”Når han har det bra, har jeg det bra... jeg er veldig glad for at det skjer noen sånne ting her. Avleder litt fra, det er så mye vi gruer oss til.”* Det har her skjedd en bevegelse fra den første sjenansen til en opplevelse av verdighet. Hans kunne slippe løs noen kraftige uttrykk, når han fikk et rom med klovnene som var gitt spesielt til ham. Hans kan få en opplevelse av å være kompetent, modig og betydningsfull, selv på sykehuset. Avledning fra sykdommen kan også tenkes å gi rom for den friske delen av barnet.

4. Tilstede: Victoria (5 år) sammen med mor på dobbeltrom, og et annet barn med far er også med. Klovnene bruker musikk og dans, og lar Victoria få spille trekkspillet de har

med seg. Den ene klovnen danser i takt med Victorias spill, slik ser Victoria på en måte ut til å styre klovnenes bevegelser. Etter musikksekvensen utvikles en lek hvor en klovn (A) går ut av rommet, så blir den andre klovnen (B) på lag med barna om å holde klovn A ute av rommet. Klovn B og barna holder døren barrikadert, og forklarer for klovn A at den ikke får komme inn. Det er gjennomgående et ganske høyt tempo i leken, og Victoria ler mye og er veldig aktiv. Mor observerer mest, men ser ut til å like det som skjer.

På spørsmål om hva hun likte best, svarte Victoria selv ”... at noen syngte inne.” Victoria uttrykker også at klovnenes nærvær var overraskende: *”Klovner pleier ikke være på sykehuset”*. Mors beskrivelse av hva hun tror var mest positivt for datteren var preget av muligheten til medbestemmelse *“... Få fram smilet hos henne i hvert fall, kjempegøy å bli involvert i det de gjorde. Det tror jeg hun syns var gøy.”* *“... hun syns sikkert det var spennende at de ble med inn på rommet, at det ble litt intimt da, eller at hun fikk litt sånn oppmerksomhet...”* *“... hun fikk jo være med i leken, ble jo inkludert. At hun fikk lov til å spille trekkspill for eksempel...”* Det ser ut til at klovnene var et positivt overraskende element, som opplevdes som annerledes og uvanlig (se figur 2). Kan det ha vært i dette møtet at det å få bestemme klovnenes bevegelser gjennom å spille på trekkspillet hadde betydning? At klovnen slik ble en ”marionett” i Victorias hender? Det kan også ha vært det vitaliserende tempoet som var viktig, stimulert gjennom klovnenes uortodokse oppførsel.



**Figur 2:** Victoria, 5 år, tegning av klovnen.

5. Tilstede: Guri (11 år) er sengeliggende, sammen på rom med mor, far og to søsken (7 og 14 år). Klovnene bruker en god stund på å komme gjennom døra, og krangler litt med hverandre om hvem sin tur det er å få gå inn først. Etter en stund hopper lillebror opp i overkøya, og da hopper den ene klovnen opp til ham. Men da klovnen skal hoppe ned igjen sklir buksene hennes ned. Det er gjennom hele besøket mye latter, og alle i familien er med på leken. Klovnene lager sammen med familien to klubber, og konkurrerer med hverandre om godteri. Så skriver klovnene kort til Guri, og ser på mor mens de spør hvem som er sjefen i klubben. Mor sier det er Guri.

Guri beskriver hva som skjedde under klovnebesøket: *"... så skrev den ene klubben kort til den andre klubben da. Den klubben var jeg mer sjefen i, så fikk jeg det kortet, for jeg var den syke."* På spørsmål om hvorfor hun tror klovner kommer på sykehuset, svarer hun: *"... kanskje så det skal bli litt gøy å være der. Så ikke tida skal gå så sakte."* Mor beskriver hendelsesforløpet, og hva hun opplevde som positivt *"... [klovnene spurte] hvem er sjefen i klubben deres? Også da så hun litt på meg, også skjønnte jeg at det var pasienten hun mente, også sa jeg at det var Guri som var sjefen i klubben vår... de på en måte tok initiativet, at de bare løp etter sønnen min opp i køya. Jeg tenkte bare wow, de var veldig spontane, de var kjempeflinke..."* Det hadde spesiell betydning for mor at klovnene kom såpass nært, og fulgte barna *"... De leste barna, og de hadde mye fokus på Guri, som er pasienten, så likevel, hun fikk jo bare lov til å ligge stille. Så de spilte da på lillebror litt da. Og det var veldig all right tror jeg. Det er jo mye oppmerksomhet til den som er syk, at de andre blir lett litt glemte og sånn. Så det at han liksom fikk de to klovnene opp til seg, det tror jeg han syns var veldig morsomt. Hele familien var litt inkludert egentlig, både store og små."* *"Sånn som vi opplevde det, så var det jo mye mer personlig. Du fikk dem helt oppå deg. Delte dem ikke med noen andre liksom, det var veldig positivt."* Klovnebesøket var også noe de tok med seg videre i etterkant: *"Oppholdet på sykehuset vil huskes som både negativt og positivt, mye også på grunn av de klovnene som kom inn. Så det er noe vi, noe av det vi snakker om, når folk spør hvordan var det på sykehus."* Det kan se ut til at klovnene møtte familien der de var. Guris lillebror ble også inkludert, siden Guri selv måtte ligge stille. Slik kunne Guri ha glede av klovnene, litt på sidelinjen. Likevel sørget de for en spesiell markering av Guris verdi. I dette møtet deltok hele familien i en engasjerende og skapende lek med klovnene.

6. Tilstede: Mari (8 år) og far (legen er på visitt og snakker med far), på enerom.

Klovnene stikker hodet inn gjennom døråpninga, pusser med en fjærkost, og spør Mari om

lov til å komme inn. Hun svarer at det er ok. De blåser såpebobler sammen med Mari, og prøver å fange dem på fingeren. Klovnene skriver et kort til henne, og når den ene klovnen (A) spør den andre (B) om å si navnet sitt, vil ikke klovnen B si dette. Da kommanderer klovnen A at klovnen B skal si navnet sitt. Den ene av klovnene mister en fjær fra kosten, og gir denne sammen med kortet til å legge under hodeputa til Mari, for dette er et hemmelig sted.

Da Mari ble spurt om hva som var morsomt svarte hun: *“Det var det at ene klovnene mista fjæra, og den andre klovnen hadde et rart navn.”* *“... den [klovnen A] var ivrig på at ho [klovnen B] skulle si svaret da. Ho ville ikke si svaret da, for klovnen lurte på hva ho hette da... sa ho på en litt bestemt måte. Det var litt morsomt.”* Mari tenker følgende om hvorfor klovner kommer på sykehus *“For å muntre opp barn. Så at de ikke skal føle seg så lei seg...”* Fars opplevelse av klovnene, og hvordan han tenker at det var for Mari: *“... [forrige gangen] ble litt voldsomt da. Det var litt roligere nå da. Som passa litt bedre for ho kanskje da.”* *“... Hu var jo med dem på å lage bobler, så det virka som det var fint.”* Far mente at et enkeltstående kort møte i seg selv ikke har så mye nytte *“... men det er jo ikke mange minuttene. Da må det være noe litt mer fast og varig.”* Klovnene kan her ha sett en motvilje hos Mari til å la seg innordne av krav og forventninger, speilet dette tilbake i lek, og dette kan i sin tur ha gitt henne en positiv opplevelse. Far fortalte Mari på forkant at klovnene skulle komme, derfor kan hun allerede ha gjort seg opp noen formeninger om møtet, og gått glipp av overraskelseselementet. Mari virket noe skeptisk under intervjuet med undertegnede. Klovnene kan her, på sitt eget vis, ha formidlet tilbake til barnet at det er rom for å protestere.

Det var forskjellig for hvert barn hva som oppstod i møtet og hva beskrivelsene i etterkant gjenspeilte. Med Ingvild i den første vignetten, kunne det være medbestemmelse og opplevelsen av å ”leve seg inn i” noe annet enn sykehushverdagen. For Jonas og faren møtte klovnene behovet for en lindrende vitalitetsregulering, som også kunne gi en opplevelse av håp. Hos Hans så det ut til å være medbestemmelse, verdighet og vitalisering som var viktig. For Victoria handlet det kanskje mest om medbestemmelse og vitalisering, og at klovnen ble en slags levende dukke, som hun kunne styre. Hele familien til Guri ble inkludert, og affektinntoning og vitalisering kan her ha vært viktig. Det så også ut til at rommet ble transformert til en kreativ ”lekeplass”. For Mari kan det ha vært en anerkjennelse av medbestemmelse og protest som hadde verdi. Medbestemmelse går mest igjen i disse

vignettene, sammen med vitalitetsformer og inntoning. Det skapende rommet er vanskeligere å identifisere her, og mulig er større utvalg nødvendig for eventuelt å fange dette opp.

### **Opplevelsen av å være på sykehus med barnet sitt**

Foreldrene i studien påpekte at barna har behov for normalisering, aktivering og lek ”... når hun var sengeliggende, var hun veldig trist, alt var veldig gærent, men så fort hun kom seg opp og fikk lov til å bevege seg og leke, så følte hun seg bedre, og aksepterte flere ting.”

Foreldrene snakket også om at barna har behov for medbestemmelse, å bli sett samt å bearbeide sine følelser og inntrykk. I forbindelse med mestring av sykdommen opplevde de også et behov for tilgang til psykolog ”Det å være foreldre og gi psykologisk hjelp til barnet, det er omtrent umulig, det klarer man ikke, for man er følelsesmessig engasjert hos barnet. Så man må ha en utenforstående, til og med en barnepsykolog klarer ikke snakke med sitt eget barn, for du er så følelsesmessig engasjert.” Her kan vi se at foreldres kapasitet ofte blir strukket ved sykdom, og at foreldrerollen bør forsøkes å så langt mulig holdes avgrenset under oppholdet på sykehuset. Foreldre har ikke alltid kapasitet til lek og kreativitet med barna sine. Kan klovnene her bli en ”avlastning”?

### **2.2.2 Hvordan beskriver sykehusklovnene møtet med barna?**

Fra intervjuene med de to sykehusklovnene kunne beskrivelser sorteres etter de fire ulike psykologiske temaene.

#### **Holde fast i normalutvikling, håp og medbestemmelse**

I en sykehuskontekst er det ønskelig at barnepasienten raskt finner en måte å tilpasse seg situasjonen, og følger instruksjoner og rutiner. Men barn i utvikling har også ofte et naturlig behov for opprør. Her kan klovnen kanskje utgjøre en litt annen type rollemodell, for barnets ”trass” ”... Man skal jo ta seg sammen. Her i livet. Mens klovnen tar jo seg ikke sammen...” Klovnene møter både de syke og de friske sidene av barna ”... Han [barnet] ville plutselig bandasjere og operere og gjøre hjertetransplantasjon, da unngår vi jo ikke det... Vi skal jo på en måte være barnets beskytter i forhold til å være, få inn det humane, det barnlige, lekne, det friske barnet...” Klovnenes kontrast til sykehusomgivelsene, kan paradoksalt nok representere normalitet ”... å hele tiden bli påminnet om at ikke hele barnet er sykt... vi er på en måte normaliteten...” Å fokusere på det hele barnet kan gi bedre opplevelser av sykehuset ”... å



*forbinde sykehusoppholdet med noe annet enn bare [sykdom og smerte] ... I hvertfall hvis du [barnet] skal tilbake dit...*”

Håpet kan komme til familien gjennom kontakt med positive følelser: ”... Så kom mammaen etter oss ute, med tårer i øynene. Og så hun hadde ikke sett datteren sin smile på to uker. Og da kjente jeg, ååh. Det er dette som betyr noe...”

Klovnene er opptatt av at møtet er fullstendig på barnets premisser ”... vi går inn i barnets verden, og det barnet holder på med, og at barnet er eksperten...” Den klønete stilen til klovnen kan virke avvæpnende og invitere barnet til å vise sin kompetanse ”... det er der det klovneriske ligger. I dette at vi er så ustyrtelig dumme. Naive og rare altså, innlysende for et barn at du ikke kan gjøre det på den måten. Også har barnet svaret.” Klovnene tenker at det har en verdi for barna å oppleve å bli møtt på protest ”... i årevis gikk han til samme barn, banket på... Barnet sa alltid nei. Hver gang, nei. Okay, jeg hører på det, går. Men i ettertid så kom det barnet her og takket, for at den [klovnen] aldri hadde gitt det opp...” Her kommer det endelig noen på sykehuset det er akseptabelt å si nei til. Barnet blir ikke møtt med avvisning tilbake, det får nye sjanser til å definere situasjonen fritt hver gang klovnen tilbyr en kontakt ”... For vi kan møtes en gang, så er det på en måte høyt tempo, også er det neste gang kanskje, kan interessen være der i en helt annen type kommunikasjon....” Men hvordan kan klovnene få barnet med seg i et møte?

## **Inntoning og speiling av affekter**

Klovnene beskriver lydhørhet som sitt viktigste instrument, og de undersøker kontinuerlig om de har aksept fra barna ”... også bygget vi på den ene invitasjonen etter den andre...” De vil være lyttende i forhold til hva som kan være en spire til kontakt, og holde seg på avstand først hvis nødvendig. Spesielt for de minste barna kan dette være viktig: ”... de trenger litt avstand og. Kanskje en forlenger en arm, en trillende ball med en bjelle i, at de må oppdage oss på avstand...” Klovnene påpeker at samspillet med ”publikum” er et kjernepunkt i deres arbeid, og dette er et av aspektene som skiller dem fra tradisjonelt teaterarbeid “... et utvidet scenekunstabegrep... ikke bare der det er en som gir og en mottaker, på scenen. Men at det er et samspill... en dialog... kommunikasjon. Det er en felles opplevelse...” Klovnenes beskrivelser av møtet med barnas følelser bærer ofte preg av en slags speiling ”... hvis du kommer inn til et veldig sint, frustrert barn. Og speiler [vi] det frustrerte og sinte...” Følelsene som klovnene registrerer hos barnet, spiller de tilbake på en åpen og tydelig måte

*”... klovnen kan ha følelsene på utsida egentlig, litt sånn vrent... ” Å møte barnet der det er ser ut til å hjelpe barnet å åpne sin horisont, og til å se muligheter og løsninger ”... så kan plutselig barna bli litt konstruktive [og sier] ”slutt og hyl” ... da jobber vi så klart i duo, så kanskje den ene er løsningsorientert... men den andre klovnen er den som speiler det vonde, triste, sinte eller hva det er som barnet er i... ” Slik kan de vonde følelsene på en måte få et rom, for validering og ufarliggjøring ”... Og da opplever vi ofte at vi plutselig har snudd det. At klovnen har tatt [over] skammen, sinnet... Men på sin absurde måte også...”*

### **Klovnen, barnet og det skapende rommet**

Sykehusklovnene beskriver hvordan klovnenes egen logikk på grensen mellom fantasi og virkelighet kan åpne for nye veier *”... Det er jo hele poenget med å være en scenekunstner, vi er en karakter som ser verden annerledes...”* Gjennom klovnenes øyne kan alt få ny mening *”... kan gjøre et lite støvkorn om til en diamant og. En følelse, til å gjelde noe helt annet...”* Slik er klovnen en ideell figur til å lede barnet inn i et skapende rom, hvor alt er mulig *”... For klovnen tar jo aldri noe for gitt, det er ikke noe satt... Det er derfor de klarer å åpne nye dører, og få pasienter og de rundt til å oppleve situasjonen de er i på en annen måte...”*

Klovnene beskriver en slags mellomsfære: *”... måten klovnen ser verden på. Altså du ser på samfunnet ellers, de går i de samme traltene, vi kommer på en måte i mellomrommet, eller i tiden mellom tiden...”* I denne sfæren skaper barnet og klovnen noe unikt *”... [klovnen] lager egentlig helt andre kommunikasjonsrom. Som er helt andre regler. Som er gjeldende, for de der og da...”*

### **Stimulering av vitalitetsformer**

Videre beskriver klovnene verdien av overraskelsesaspektet for å bringe mer liv på avdelingen *”... at de blir undrende, de blir overraskede, og... så kan vi bygge videre på noe som er livsbejaende...”* For å svare på barnas initiativ, lytter ikke klovnene bare til verbal formidling, men også til kroppsspråket *”... at man klarer å kommunisere uten [språket]. Kanskje at man kjenner mer på at man er sammen om det, man fanger opp bevegelser fra hverandre, eller sender de videre. Eller lyder...”* Klovnen og barnet skaper noe unikt i sitt ”planløse” møte, hvor neste steg alltid er avhengig av hva som skjedde i det forrige.

Klovnene tenker at nye bevegelser kan vekke noe hos barnet *”Jeg tror at det stimulerer noe i, kanskje uante ting, i en selv...”* De beskriver at i møte med de minste barna blir denne

rytmiske kommunikasjonen spesielt interessant ” *[Fjærkosten] liker jeg å bruke rytmisk... i en dørkarm, hvor den kommer inn og ut og forsvinner og opp og ned, og over en sengestolpe, tut-tut-tut. Og nesten blir som en liten sånn hånddukke. Og plutselig forsvinne... ” ... [vi] bryter rytmen og forventningen. Og det føler jeg egentlig er en humor... gjøre ting fort, når du forventer at det skal skje sakte... ”* Ofte er kroppen og sansene direkte involvert, noe som samsvarer med Sterns beskrivelser av de amodale vitalitetsformene: ”... *med de minste, som er 6-10 mnd, så er det jo at øynene blir større, undrende, også går føtter og hender... Alle sansene, og babyer er jo sånn at når en sans starter å virke, så er jo hele kroppen i aksjon... ”*

Klovnene observerer at barnas vitalitet blir stimulert ”*Og for noen så er de jo så syke at det går på å se livsgnisten i øynene igjen... mor som sier ”å, der så jeg gnisten, den har jeg ikke sett på ukevis”... ”* De kan også se at i noen tilfeller kan barna ha motstand mot å slippe kontrollen, men at de kan hjelpes ut av det fastlåste ”... *[barnet] var liksom hvit rundt munnen for hun kjempa så hardt for å ikke smile, liksom bet seg i leppa... vi hadde holdt på en stund, hun hadde snudd på hodet sitt, det var en stor seier... ”*

Klovnene har også hatt opplevelser av at møtene kan sette seg som et kroppslig eller episodisk minne hos barn over lengre tid ”... *Det første møtet vi hadde sammen, hvor klovnen fikk lov til, da var hun i førsteklassen. At det minnet hun hadde fra den gangen kunne skape grobunn for et nytt møte... nesten ti - åtte år etter... hun ble liksom helt i hundre, fra å være dyster, og tung og sitte med hodet mellom knærne. Så snakket hun [psykiateren] om noe bak her [lillehjernen], at man trigger en stimulus-respons... ”*

### **2.2.3 Beskrivelser fra ansatte ved psykisk helsevern for barn og unge på Rikshospitalet**

I samtalene med de ansatte på BUP var det også mulig å trekke ut eksempler fra de fire temaene.

#### **Holde fast i normalutvikling, håp og medbestemmelse**

Normalisering blir nevnt som en viktig faktor i klovnenes arbeid ”*Huske på livet der ute kanskje... bidra til å opprettholde friske funksjoner.*” På denne måten er klovnenes arbeid en motsats til sykdom ”... *at de kommer inn og representerer noe annet enn det syke. Barn som er så lenge inne, alt har liksom med sykdom å gjøre... det vitale, eller ja lek og kreativitet... ”*

Medbestemmelse blir også beskrevet som en faktor ”... hva barnet gjør har en betydning, de påvirker møtet... de kan bruke mer av seg selv...”

### **Inntoning og speiling av affekter**

De BUP-ansatte som deltok i denne studien opplever at klovnene er lydhøre og varsomme i sitt arbeid ”... når de er gode, at de kan hjelpe til å skape trygghet, ved at de kan se om barnet er redd, og nærme seg det på en fin måte...” Denne lydhørheten og speilingen kan tenkes å ha en betydning for barna ” Ja, jeg tenker på en måte slik at det blir tydelig for barnet og at det får en veldig sånn aha-opplevelse. At det kan gjøre noe med barnets måte å være på eller, og da tenker jeg egentlig at de gjør et terapeutisk arbeid...”

### **Klovnen, barnet og det skapende rommet**

Det blir nevnt at klovnene bruker seg selv direkte for å hjelpe barnet å bearbeide affekter, og nettopp dette aspektet er kanskje en av deres største fortrinn, noe som i mindre grad er mulig i arbeidet på BUP ”... så setter de søkelyset på dette ved å gjøre det samme eller det motsatte, ved sin egen atferd da. Sånn kan jo ikke vi gjøre, hvis vi kom inn og gjorde det ville det kanskje være å gjøre litt narr. Hvis jeg stod borte ved døren og skrek, ikke sant... Så jeg tenker at det har et slags terapeutisk potensial egentlig. Ved at de kan tillate seg at de kan gå over noen grenser...” Her fortelles det om en funksjon hvor klovnen blir en slags levende og fleksibel scene, hvor barnas indre miljø kan utspille seg, slik som barn bruker overgangsobjekter ”... klovnene kan bruke seg selv, slik som vi bruker dukker...”

### **Stimulering av vitalitetsformer**

Klovnenes kommunikasjonsform kan ha noen spesielle fortrinn ”... de kan nå barna på en annen måte, som kanskje kan være mer umiddelbar og. Og lett gjenkjennelig...” Det blir også nevnt at tilfriskningsprosessen kan støttes gjennom å møte pasienter på mer nonverbale måter ”... Jeg tenker at endringer skjer lettere hvis man bruker både sansene og tankene... At det som blir bare intellektuelt blir kanskje ikke forstått med kroppen... Der har sansene en direkte vei inn, tankene går en lengre vei, på en måte. Ved sansene påvirker du direkte... jeg tenker at det du opplever også med sansene og følelsene det husker du bedre...” Her høres det ut som om klovnene kan støtte opp om et helhetlig helsearbeid, nettopp gjennom arbeidet med vitalitetsformer. På BUP arbeides det også med å fremme vitalitet, men klovnene jobber

kanskje enda mer direkte med fokus på dette ”... og ikke at vi [psykiatere/psykologer] skal fremme vitalitet, men det fremmer jo vitalitet likevel... kanskje det er hovedfokus for klovnene...”

## **2.2.4 Beskrivelser fra helsepersonell på avdelingen**

I det følgende vises eksempler, fra intervjuene med fem sykepleiere, på hvordan de omtalte temaene kommer fram.

### **Holde fast i normalutvikling, håp og medbestemmelse**

Sykepleierne nevner at klovnene møter hele barnet ”... *ungene løsner opp og tillater seg selv å ikke være syk da...*” På denne måten kan klovnene hjelpe barna til å utfolde seg på sin naturlige måte ”... *De får en oppmerksomhet som er annerledes, som ikke dreier seg om sykdom... de blir møtt på sitt eget område... å improvisere, leke, det er det som er typisk for ungene...*”

Sykepleierne opplever at møtene tilpasses hvert enkelt barn: ”*Så det er litt å prøve å se den enkelte, og la den enkelte ha kontroll...*” Det er ofte nødvendig at klovnen tar det første initiativet, og aktiviserer barna, før samspillet kommer inn i en vekselvirkning: ”... *det er de som tar initiativet... men når de da oppdager at de får respons, så kan de godt overlate til barnet eller oss andre å gjøre et eller annet, også svarer de på det igjen...*”

Flere sykepleiere forteller om erfaring med at klovnene hjelper barna til økt mestringsopplevelse, gjennom tilrettelegging i medisinske prosedyrer ”... *Spesielt du har jo barn som gruer seg forferdelig til noe... klovnene gått aktiv inn og samarbeidet med barna og foreldrene. Også har de funnet løsningene på ting... Der har man fått utført den prosedyren uten at det har blitt noen problemer...*” I et tilfelle ble det beskrevet at barnet fikk gå gjennom alle prosedyrene i forkant, ved at klovnene var hennes pasienter ”... *alt fokus var på ungen. Alt skjedde i hennes tempo... Det var hun som ga medisin til klovnene, og hun som tok blodtrykk på klovnen. Da var det liksom ikke så skummelt, for da hadde hun lekt det...*” Gjennom slik tilrettelegging kan selvfølelsen styrkes ”... *Også at de kanskje får gjort noe selv som de kan være litt stolt av...*”

## **Inntoning og speiling av affekter**

De fleste av sykepleierne nevner lydhørhet som et viktig trekk ved sykehusklovnene. ” *Det virker sånn på meg at de er flinke til å observere... [barnet] gjør et eller annet, hva som helst... Så flytter klovnene fokus til det barnet det øyeblikket er opptatt av, det kan være en bevegelse eller hva som helst...* ” Hvis barnet ikke orker kontakt med klovnene, vil klovnene være opptatt av å respektere dette: ” *... For klovnene er veldig vare på hvor lenge de skal holde på, og trekker seg ut der de merker at de ikke er velkomne... det er barnet som styrer hele veien...* ” Sykepleierne opplever at klovnene finner måter å møte det enkelte barnet ” *... at de har en effekt på de fleste. Hvis man møter dem på den rette måte. Og det er de veldig flinke til...* ” De mest syke barna kan også møtes av sykehusklovnene ” *... noe det barnet gleder seg til selv om det nesten ikke orker noen ting. Men de hadde ikke orket en sånn underholdningsklovn, som krever noe tilbake på en måte, må følge med og klappe og sånn... [hvis] barnet sover eller er dårlig, så kanskje de heller henvender seg til søsknene eller mor eller far, også våkner kanskje dette barnet og følger med litt ved siden av...* ”

Hva skjer videre når klovnene følger barna? ” *... at klovnene går to og to sammen, hvor den ene er mye reddere enn barnet... Og den andre er bare så tøff, og ikke er redd for noe. Også speiler den redde klovnen, det som barnet er redd for, så kan barnet bli på parti med den som er tøffest, og skal finne løsninger på dette. Og det fungerer...* ” Anerkjennelsen av barnets følelser ser ut til å la barnet få en avstand som gjør det lettere å se løsninger. Uttrykk av følelser er ikke alltid avhengig av ord ” *... hvordan de klarer å kommunisere med barn i alle aldre, og barn som ikke vil snakke, og barn som ikke kan norsk...* ”

## **Klovnene, barnet og det skapende rommet**

Klovnene blir også opplevd som et unikt bidrag i barnas sykehushverdag, en som lar seg ”manipulere” av barnets initiativ ” *... Klovnene kan gjøre hva som helst de... det er ingen andre som holder på på den måten, som tuller om alt mulig og gjør akkurat det du vil...* ” Barnet blir gitt høy grad av medbestemmelse og kontroll ” *... De styres i stor grad av sitt publikum, sykehusklovnene... hvor det ender er avhengig av barnet...* ” Sykehusklovnene bruker seg selv direkte, som hovedverktøy ” *... har ikke så mye utstyr med seg... Men ellers bruker de seg selv...* ”

## **Stimulering av vitalitetsformer**

Sykepleierne ser økt engasjement og nysgjerrighet hos barna i møtet med klovnene ”... *de blir intense i blikket...*” Klovnene bruker ofte bevegelse som kontaktform ”... *ikke fikk så mye respons, [barnet] bare satt i sengen og så. Også oppdaget den ene klovnen at han [barnet] faktisk rørte litt på tærne og sånn, også tok klovnen og løftet opp foten og rørte på tærne, også kommuniserte de med tærne fram og tilbake. Og da fikk klovnene på en måte innpass...*” Det blir nevnt at klovnene stimulerer barna ut av tilbaketrekning ”... *at ungene vokser på det, de blir dratt ut av det, en litt mer lukket tilværelse...*” Overraskelseselementet spiller også inn ”... *Det er alltid en overraskelse når de kommer, det er ingen som sier at nå kommer de... overraskelsen den tror jeg er veldig god for mange...*”

### **2.2.5 Samsvar i tema mellom informantgruppene**

Kategorien normalutvikling, håp og medbestemmelse går igjen hos sykehusklovnene, BUP-ansatte og sykepleiere, med uttalelser om barnets naturlige utvikling, fristed fra sykdom, samt medbestemmelse til barnet. I forhold til affektinntoning blir lydhørhet vektlagt av alle tre grupper. Både klovnene og sykepleierne tenker at forstørringen av følelsene kan føre til endring. Klovnene er i tillegg opptatt av en felles opplevelse, og sykepleierne nevner sensitivitet til individuelle behov. Kategorien ”det skapende rommet” blir fra alle tre grupper møtt med beskrivelser av frihet, muligheter og potensial. Både den BUP-ansatte og sykepleiere nevner at klovnene bruker seg selv, og klovnene nevner dessuten transformasjon av sykehusomgivelsene. Når det gjelder stimulering av vitalitetsformer, beskriver alle tre gruppene vitalitet, en gnist og det nonverbale. Både klovnene og sykepleierne snakker om overraskelsesaspektet og å komme ut av lukkethet. Både fellestrekk og særegenheter kommer her fram blant de ulike informantgruppene.

### **2.2.6 Hvilken rolle har sykehusklovnene i helsevesenet?**

Selv om barneperspektivet tilsier at sykehusklovnene skulle ha en viktig funksjon, er det også andre faktorer er en forutsetning for at klovnene skal være virksomme på sykehuset. Hvordan de andre yrkesgruppene på sykehuset mottar klovnene er viktig for deres utgangspunkt for kontakt og kreativitet. Et slikt samarbeid mellom klovn og barn, som ovenfor er beskrevet, trenger et miljø som rommer og tillater klovnenes annerledeshet.

## **Klovnenes tanker om posisjon blant andre faggrupper i helsevesenet**

På spørsmål om hvilken funksjon sykehusklovnene har, sammenliknet med sykehusets helsepersonell, svarer klovnene at de har en annen måte å nå barna på ”... viktig syns jeg da, at man er eksperter på ulike områder. Og så har man broer, seg imellom...” De mener videre at grensene ikke skal hvikes ut “... Alle har jo en klovn i seg. Det betyr ikke at man er klovn. Jeg kan jo bruke forpleierrollen i møtet med [barnet], men jeg er ikke [sykepleier]. Jeg er skuespiller...” Klovnene opplever et godt samarbeid med helsepersonell, men de ønsker noe tettere samarbeid og mer forståelse for sin profesjon.

## **BUP og deres opplevelse av klovnenes posisjon på sykehuset**

En psykiater ved BUP mener at klovnene kan være nyttige å bruke ved prosedyrer ”... barn med angst for prosedyrer for eksempel, der jobber vi mye med avledning, jeg tenker klovnene kunne være kjempeflotte å bruke. Det er et kjempepotensial egentlig...” Et fellestrekk mellom BUP’s arbeid og klovnenes arbeid kan være at begge søker å hjelpe barna i avledning og problemløsning ”... vi streifer hverandres område, i hvertfall psykologer, psykiatere og klovner på en måte... vi spiller på noe av det samme, at vi også prøver å få barna til å tenke på noe annet, eller se andre sider...”

## **Sykepleiernes opplevelse av samarbeid med sykehusklovnene**

Flere sykepleiere opplever samarbeidet med klovnene nyttig: ”... jeg ser ikke bort fra at man kan benytte dem mer aktivt i forhold til mer kompliserte pasientsituasjoner...” ”... hvis jeg er på et rom og gjør en prosedyre, at de kan distrahere litt. Da er det til stor hjelp...” En av sykepleierne sier at klovnene kan være litt i veien i en hektisk hverdag, og at det ville være bedre å bruke dem mer på bestilling: ”... vi skulle kunne styrt det litt mer... Så kunne vi ringt og spurt kan dere komme en halvtime i dag eller noe sånt noe, hvis vi hadde hatt noen prosedyrer på en pasient...” Samtidig nevner de at det ikke alltid er så mye som skal til ”... kan være en veldig fin situasjon, bare det lille at de kikker inn i en dørsprekk...”

Det blir nevnt at helsepersonell generelt må ta mer hensyn til barneperspektivet, og legge til side egne preferanser: ”... at personalet kommer og sier; vi liker ikke klovnene, så får de si hva de vil, fordi jeg mener det er barna som er det viktigste...” Blant noen sykepleiere etterlyses det mer respekt for klovnenes arbeid blant helsepersonell ”... ofte klovnene som er siste prioritet, for personalet... også kommer det noen [helsepersonell] inn og sier nå skal du



*på røntgen, eller kommer kirurgen, men kanskje de kan vente to minutter... som helsepersonell også respektere at klovnene må få gjøre seg ferdig...” Klovnebesøket ser likevel ut til å kunne gi mye til sykepleierne personlig: ”Personlig syns jeg det gir avbrekk i hverdagen... En slags åpenhet, slags frihetsfølelse...” Flere sykepleiere snakker om opplevelser av å la seg rive med: ”Syns det er morsomt, og kanskje blir man dratt litt med... Det er en del som benytter seg av det, det syns jeg er ganske artig...”*

# 3 Diskusjon

## 3.1 Generell diskusjon

De fire hovedspørsmålene ved denne undersøkelsen vil nå bli diskutert.

### 3.1.1 Kan psykologisk teori bidra til forståelse av sykehusklovnenes bidrag?

De fire kategoriene om virksomme faktorer vil her bli drøftet, ut i fra i hvilken grad de kan passe i forståelsen av beskrivelsene hentet fra intervjuene. Med utgangspunkt i bearbeidelsen av intervjumaterialet er det grunn til å anta at alle de fire temaene kan spille en rolle i møtet mellom barnet og klovnene.

Selv om alle kategoriene går igjen i beskrivelsene, er noen av dem sterkere representert i intervjumaterialet enn de andre. Kategoriene får også noe varierende støtte i forhold til hvilken informantgruppe beskrivelsene kommer fra. Klovnene kom gjennomgående med de mest utdypende beskrivelsene, også fordi mer tid var satt av til intervju. Utsagn fra informantene ved Rikshospitalet BUP ble også dekket av de fire kategoriene, selv om beskrivelsene her var færre. Det kan være mulig at dette ville vært annerledes hadde utvalget vært større. Hos sykepleierne var også alle fire kategorier representert, med størst vekt på affektinntoning. Beskrivelser av håp var mindre tydelig.

Hvilken informantgruppe vet best? Klovnene kan fortelle om sine intensjoner, og om sine erfaringer i det direkte samspillet med barna. Helsepersonell bidrar på den andre siden med objektive observasjoner. Begge disse perspektivene er viktige, men beslutninger om behandlinger og tiltak skal imidlertid baseres tett opp til hva klienten selv opplever fungerer. Derfor er barneperspektivet det viktigste å få tak i.

Noen overordnede faktorer har i intervjuene trådt frem som spesielt fruktbare i forståelsen av klovnenes bidrag til det individuelle barnet. I denne studien så medbestemmelse og aktiv mestring ut til å komme fram som det viktigste i møtene med de barna som deltok. Vi kan foreløpig anta at slik mestring kan ha en verdi for andre syke barn også, selv om det vil være variasjoner. For noen kan det handle om flere av disse faktorene samtidig, eller det kan avhenge av alder og sykdomsfase. Det kommer fram at klovnene har et viktig bidrag ved sitt

fokus på individuell tilrettelegging. Leken er rammen for de virksomme prosessene i møter mellom klovnene og barnet. Sammen med vitalitetsregulering kan tilstedeværelse også være spesielt viktig for et sykt barn. På bakgrunn av intervjumaterialet mener jeg at disse faktorene kan inngå i sykehusklovnenes bidrag til mestring ved syke barns ulike behov.

Kategorien normalutvikling, håp og medbestemmelse, er sammensatt av aspekter som i høy grad kan sees adskilt fra hverandre. I intervjuene med barn og foreldre så det også ut til at medbestemmelsesaspektet var mer synlig enn normalisering og håp. I intervjuene med klovnene ble alle disse tre aspektene nevnt. Beskrivelser av håp ble nevnt et annet sted i disse intervjuene også, som når foreldrene snakker om å ha sett gnisten i barnets øyne igjen. Normalisering ble fremhevet i intervjuene på BUP. Sykepleiere beskrev særlig normalisering og medbestemmelse, og medbestemmelse ble også nevnt i forbindelse med skapende rom. Samlet trer medbestemmelse frem i mitt intervjumateriale i noe større grad enn normalisering og håp. Selv om dette kommer mest eksplisitt frem, stemmer det da også at det er det viktigste aspektet? Det finnes som sagt ingen universell mestringsstil som passer for alle, men aktive former for mestring vil ofte være mest hjelpsomt for tilpasning. For et barn i krise er umiddelbar støtte til aktiv mestring kanskje noe av det viktigste. Barn trenger å styrkes i krise, for det er tross alt barnet som skal løse den. Samtidig vet vi at på lengre sikt er normalisering og håp viktige kilder til motivasjon. Behovet for normalisering er også knyttet til identitet. Sykdom er i vårt samfunn fylt med mye tabu, og fører ofte med seg stigma og skam. Dersom klovnen kan gjøre annerledeshet mer akseptert, kan dette gi en slags paradoksal normalisering. Kanskje ligger forskjellen mellom normalutvikling, håp og medbestemmelse slik i forhold til umiddelbare behov, og mer langsiktige behov. Klovnen ønsker uansett å styrke alle disse faktorene.

### **3.1.2 Hva er sykehusklovnenes bidrag til hvert barns unike mestring?**

#### **Individuell tilrettelegging**

I intervjumaterialet kom det fram at individuell tilrettelegging er sentralt i sykehusklovnenes arbeidsmåte. Klovnene forsøker å støtte opp om hvert barns mestring gjennom å legge seg så tett som mulig opptil der hvor barnet befinner seg. Som det fremgår av sitatene er sykehusklovnene spesielt gode på affektinntoning, og derfor ser det ut til at dette er et viktig bidrag. Spørsmålet om dette støtter barnets mestring utenfor den umiddelbare situasjonen,

gjenstår likevel å undersøke i en oppfølgingsstudie. Det er ikke alltid barnet verken har behov eller kapasitet til et optimalt møte, og det som er et optimalt møte for et barn trenger ikke være det samme for et annet barn. Hva som er det spesifikke innholdet i et optimalt møte vil slik variere, noe som også ble synlig i vignettene. Barnets mestring på sykehuset har ofte mindre tydelig sammenheng med alder, ettersom mange i perioder vil reagere med regresjon, og andre igjen kan strekke seg langt over hva som er typisk for alder. Her vil klovnenes funksjon også være forskjellig. Derfor er sykehusklovnens fleksible tilpasning og affektinntoning til hva barnet er klar for der og da nettopp så virksomt. For de minste barna og de som behøver varsom lindring, kan lek med vitalitetsformer for eksempel tenkes å kunne gi mest:

*Some games are almost purely a play on vitality form, e.g. sudden almost explosive movements of the mother to tickle, or progressively slowing her movements to tease anticipation and ratchet up excitement while preparing for the "punch-line", or staccato patting to increase arousal, or slow contouring movements to calm. (Stern, 2010a, s.109)*

## **Mestring**

Medisinske rutiner kan lett forstyrre barns mestringsforsøk. I studier av barns opplevelser av sykehusoppholdet kommer det fram at det er behov for økt medbestemmelse. Lytting til barneperspektivet anerkjenner dette. I mitt prosjekt har dette trådt fram som en faktor med stor betydning for sykehusklovnens møter med barna. Som Stern påpeker har mennesker et grunnleggende behov for å bli forstått og dele med andre hva det betyr å være han eller henne. Den barnslige og naive klovnen møter barna på deres hjemmebane, og det blir derfor lettere for barnet og tre frem. Klovnen posisjonerer seg slik at barnet oppmuntres til medbestemmelse og til å vise sin kompetanse. Dette kan inspirere barnet til aktiv mestring. I intervjuene kom det også fram at det var rom for å protestere i møtet med klovnene, barnet blir møtt på sine grenser. Med utgangspunkt i det illustrerende datamaterialet i mitt prosjekt mener jeg at sykehusklovnene kan bidra til barnas bearbeidelse gjennom medbestemmelse.

At klovnene bidrar ved å styrke håp var noe som i mindre grad gikk igjen i beskrivelsene. Det kan imidlertid ha sammenheng med hvordan datamaterialet ble samlet inn, og at intervjuguiden ikke var sensitiv nok til å fange opp dette aspektet.

## Regulering av aktiveringstilstander

Mindre gode aktiveringstilstander og begrenset aktivitet preger barn som må være lengre på sykehus, og dette kan komme til syne som følelsesmessig nummenhet, hjelpeløshet eller apati. Det å kjenne en gnist komme tilbake i en syk kropp er ikke bare viktig for de minste barna, men for pasienter i alle aldre, og også for foreldre og helsepersonell å bevitne. I noen møter kan det viktigste være å få et glimt hvor ikke depresjon, inaktivitet eller trøtthet er dominerende. Opplevelsen av glede kan gi en følelse av å være levende. Kanskje kan endringsprosesser styrkes når også sansene og kroppen brukes mer aktivt og direkte, og supplere psykologisk behandling. Klovnene kunne virke som en ekstra ”drahjelp”, og motivere barnet for psykologens behandling. Som en av sykepleierne i prosjektet forteller: “... *Og vi har også barn som etter operasjoner, som ikke snakker, og ikke har gjort det over litt tid... Og hvor de plutselig har begynt å snakke når klovnene kommer inn...*” Der hvor barn er kommet i en apatisk og fastlåst posisjon, vil klovnene forsøke å stimulere en nysgjerrighet, ved å komme med noe nytt og uventet. Overraskelsesaspektet i denne stimuleringen ser ut til å ha en betydning, og kan kanskje også ha en funksjon i barnets mestring. En evne til å være åpen for overraskelse har mye å gjøre med det å hengi seg til livet, slippe kontroll og akseptere endringer. I tilpasningen til en krise kan dette være spesielt viktig, ettersom en krise innebærer mye nytt og uforutsigbart. Vi vet at en krise kan bety nye muligheter og i beste fall også vekst. En positiv opplevelse av overraskelse kan på denne måten virke åpnende for barnet og øke mottakelighet for å se nye muligheter og tilpasning til nye livsomstendigheter. Mulighetene som ligger i noe nytt blir også illustrert i en av klovnenes beskrivelser ”... *gjør noen bevegelser som du aldri pleier å gjøre, for det er en klovn som er med deg på det. Eller finner opp en ny kroppsrhythme. Så vil det også på en måte stimulere noe i deg.*”

En stimulering av vitalitetsformer kan kanskje hjelpe familien å minnes på det friske i barnet, og støtte opp om håpet. Som far til Jonas beskrev det, kunne det oppløftende møtet med klovnene gi en motivasjon til å bli frisk. Tanken om vitalitetsformenens betydning for syke barn nærmer seg også andre områder i faget, hvor friskvern og forebygging er sentralt, som innen positiv psykologi og helsepsykologi. Undertrykkende opplevelser og tilbakeholdte følelsesuttrykk kan i noen tilfeller også føre til fysiske skader. En helsepsykologisk utforskning vil kunne være interessant her, men blir for omfattende innenfor dette prosjektet. Spørsmålet om at klovnene kan støtte barna inn i en mer optimal vitalitetstilstand, får gjenklang i beskrivelsene i datamaterialet. Stern sammenlikner dette med hva som skjer i

teater, mellom skuespillere og publikum. Forskjellen er at sykehusklovnene har muligheten til å tilpasse denne reguleringen til det enkelte individet.

## **Lek og utvikling**

Vi vet at lek er barns naturlige form for bearbeiding og lindring. Lek støtter barns utvikling, og øker deres kompetanse. I følge Winnicott sørger lek for kroppsaktivering, som er grunnlaget for vitalitetsformer. I intervjuene med helsepersonell kom det også fram at klovnene kan fungere som et slags overgangsobjekt, ved å bruke seg selv direkte, på en måte som terapeuter kan bruke dukker. Det kan tenkes at når et levende menneske tilbyr seg å spille ut barnets følelser og behov, kan det ha en effekt som er sterkere enn ved en ikke-levende figur. Barn har lovpålagt rett til aktivisering i helseinstitusjon, innenfor hva som er forsvarlig ved helsetilstand. Her gir det mening å tenke at klovnene stimulerer barna til å se muligheter for lek, også i tider hvor slik utfoldelse har begrensninger. Tanken om å støtte opp om normalutvikling hos de syke barna, kan også ha sammenheng med styrking av lekekapasitet. Det kan være fruktbart å studere nøyaktig på hvilke måter dette kan skje, og om det stemmer at Winnicotts teorier kan belyse noe av sykehusklovnenes funksjon.

## **Tilstedeværelse i øyeblikket**

For å kunne tilpasse seg et individs behov til enhver tid er absolutt nærvær i hvert nå-øyeblikk avgjørende. Er ikke klovnen tilstede mentalt, vil den heller ikke oppleves som autentisk og tilgjengelig. Som beskrevet i litteraturen møter klovnen barnet lyttende, ut fra en egen indre stillhet. Barnet skal få anledning til å definere situasjonen på nytt hver gang klovnen tilbyr en kontakt. En slik åpenhet for nye muligheter hos barnet kan også hjelpe til å beskytte mot identifikasjon med sykdommen.

## **Hvilke behov skal klovnene møte?**

Wallander og Varni (1998) forstår kronisk sykdom som en vedvarende påkjenning for barnet og familien, som krever kontinuerlig tilpasning. Hvert av elementene i deres modell over risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer vil i ulik grad gjelde for det enkelte barnet. Slik må også klovnene være fleksible i møtet med barnet. Modellen kan hjelpe til å belyse klovnenes funksjon. Risikofaktorene bevegelsesrestriksjoner, invalidisering og kommunikasjonsproblemer er spesielt aktuelle å se på i forhold til klovnenes hjelp til barnets

mestring. Her kan klovnene med affektinntoning og lek rundt vitalitetsformer møte barnet på deres premisser, og kanskje transformere begrensninger til nye muligheter. På den andre siden i modellen er de intrapersonlige beskyttelsesfaktorene: kompetanse, problemløsning, samt motivasjon basert på opplevelse av egen mestringsevne. Det har kommet fram at klovnene gjennom ulike virkemidler kan møte barnet på disse faktorene. Klovnene kan slikt forstått fungere som en av barnets beskyttelsesfaktorer, spesielt for noen av de syke barna.

I arbeidet med somatisk syke barn har psykologer noen spesifikke mål, som jeg har pekt på. Disse målene innebærer (1) mindre identifisering med sykdommen, (2) aktiv sykdomsmestring, (3) raskere tilfriskning samt (4) forebygging av negative konsekvenser. Gjennomgang av litteratur og egne data gir utgangspunkt for å undersøke hvordan klovnene kan bidra til å møte disse målene. Det har kommet fram at klovnene arbeider med fokus på økt normalisering, noe som er forenlig med målet ovenfor om å holde sykdommen atskilt fra identitet. Når det gjelder aktiv sykdomsmestring og medbestemmelse, er dette allerede sterkt vektlagt gjennom denne oppgaven, og vist å være en sentral faktor i klovnenes arbeid. Målet om raskere tilfriskning viser til tanken om at psykososiale tiltak kan virke tilbake på fysiologiske reparasjonsprosesser. Her kan det tenkes at klovnenes bevissthet om vitalitetsformer kan være virksomt. Det kom også fram i Bertini et al.'s (2011) studie at barn som fikk besøk av klovnene raskere ble friske. Punktet om forebygging av sekundære problemer kan sees som et mer globalt mål. Jeg mener at dette målet kanskje nettopp sammenfatter bidraget klovnene kan ha. Psykologer jobber både med behandling og forebygging, men kan ikke nå alle i førstelinjen. Her kan klovnene komme inn som et supplement i forebyggingen, og samtidig med noen unike fortrinn.

### **3.1.3 Under hvilke rammebetingelser på sykehuset fungerer klovnene best?**

Intervjuene i dette prosjektet har også utforsket hvilken rolle sykehusklovner har blant helsepersonell på sykehuset. I intervjuet med en av BUP-informantene ble det sagt at sykehusklovnene kan ha et terapeutisk potensial. Sykehusklovners mål er ikke terapi, men styrking av barnets egen bearbeidelse (Simonds & Warren, 2004). Sykehusklovnene kan slik ha terapeutiske elementer, og lette arbeidet for andre terapeutiske og medisinske disipliner (Schwebke & Gryski, 2003). Øvsthus beskriver arbeidet slik: "Ikke pedagog, ikke psykolog, ikke skuespiller, og ikke helsearbeider, men kanskje litt av alt dette" (Øvsthus, 2002, s.69). En umiddelbar tanke for mange kan kanskje være at klovner kan være nyttig på sykehus for å

sørge for underholdning. Mitt prosjekt har imidlertid vært å ved hjelp av psykologisk kunnskap og teori belyse hvilke andre bidrag denne metoden kan ha. Dette har igjen implikasjoner for hvordan det tenkes at klovnen kan "brukes" på sykehuset. Helsepersonell nevner i intervjuene at klovnene har vært til god hjelp ved smertefulle prosedyrer, og noen ønsker å styre klovnene mer slik at dette kan gjøres oftere. Det finnes antakelig gode måter å gjøre dette på, slik at barnet og klovnene sammen aktivt kan bearbeide situasjonen. Samtidig er det en fare for at helsepersonellet gir klovnen en perifer rolle som distraksjon, siden distraksjon er et vanlig "triks" man tyr til når barn skal gjennom smertefulle prosedyrer. I en slik kontekst vil klovnen kunne reduseres til en instrumentell bruk, som legens eller sykepleierens hjelper. Dersom et barn i tillegg en eller gjentatte ganger forbinder klovnene med slike prosedyrer kan det også tenkes at en klovnefobi kan utvikles. Da blir det vanskelig å ha nytte av klovnene i etterkant. Besvarelsene i mitt intervjumateriale indikerer at klovnene har potensial til mer enn distraksjon. Som en av sykepleierne beskriver det *"... Så det er helt klart at de har en "terapeutisk" effekt. Og de går jo helt bevisst inn, på å hjelpe dette barnet. Men de later jo som om at de ikke gjør det. Der har de en viktig rolle..."*

Hvis klovnene da blir brukt på måter som svekker deres andre funksjoner eller potensial, betyr dette at vi fratar barnet muligheten til et dypere psykologisk møte med dem. Disse hensynene betyr ikke at klovnene ikke kan brukes til bestemte formål, for eksempel i tiden før barnet skal inn til operasjoner, som kan være spesielt traumatisk for små barn. Men samarbeidet må da skje i tett dialog, og med respekt for klovnenes arbeidsmåte. Samtidig er det nok vanskelig å helt styre klovnene, fordi deres karakter nettopp er å være spontant i øyeblikket, noe som også er nødvendig for å tilpasse seg den hektiske sykehushverdagen (Schwebke & Gryski, 2003). Faget sykehusklovning er komplekst, og for å være god skal både de psykologiske og kunstneriske elementene mestres og balanseres. Dersom møtene i for høy grad blir forhåndsdefinert ville dette gå på bekostning av klovnenes magi. Det frie og skapende kunstneriske elementet hos sykehusklovnene er kanskje nettopp hva som stimulerer vitalitet i møtene med barna. Det kan derfor tenkes at på den ene siden trenger klovnen å være en frittstående aktør, men i helsesystemet er samarbeid også avgjørende. Sykehusklovner må sammen med helsepersonell finne en balanse mellom styring og tverrfaglighet på den ene siden og på den andre siden dialog og tillit. Rutinene slik de nå er for sykehusklovnene på Rikshospitalet er orienteringssamtaler om pasientene med avdelingssykepleier. I tillegg får sykehusklovnene også jevnlig veiledningssamtaler ved BUP på Rikshospitalet. BUP burde også kanskje ha en rolle i å gjøre vurderinger av hvilke rammebetingelser innenfor



sykehusstrukturen som vil være mest fruktbare for sykehusklovnene, for eksempel om de kunne delta i tverrfaglige team.

### **3.1.4 Hvilken relevans har prosjektet for vårt fagfelt?**

#### **Likheter og forskjeller mellom psykologer og sykehusklovner**

I dette prosjektet har psykologisk teori vært fruktbart i forståelsen av sykehusklovnens metode. Gjennom bearbeidelse av litteratur og data kommer det fram at det er flere likheter mellom psykologers og klovnens arbeidsmåte enn man først ville trodd. Psykologer i pediatrien er opptatt av at barna skal identifisere seg mindre med sykdommen sin, og at sykehusomgivelsene skal gjøres så ”normale” og barnevennlige som mulig. Barneperspektivet er et underliggende premiss i barneterapi, og mange psykologer bruker leketerapi som et kommunikasjonsverktøy. Gjennom leken kan barnet øve på ulike roller, og få muligheter til uttrykk, bearbeiding og nye løsninger på problemer. I beskrivelsene av sykehusklovnene trer det fram at klovnene møter barnet der det er, uten forhåndsdefinerte planer.

Sykehusklovnens arbeidsmåte bærer preg av betingelsesløs positiv anerkjennelse. Her kan det være likheter med Klientsentrert barneterapi, som også var mindre strukturert og fokuserte på individers selvhelbredelse. Dessuten har denne terapiretningen i mindre grad et problemfokus (Shirk & Russell, 1996), noe som også karakteriserer sykehusklovnens arbeidsmåte. På ett nivå har sykehusklovnen likheter med psykologen, og derfor er det tenkelig at de kan forstå hverandres språk.

Når psykologisk teori kan belyse en stor del av sykehusklovnens arbeidsmåte, hva skiller dem da fra psykologers arbeid? Vi vet allerede at en sykehusklovn ikke er en psykolog, men en skuespiller med en spesialkompetanse. Det er et kjent forhold at makt- og avmaktsposisjoner i helsevesenet kan ha innvirkning på behandlingsrelasjoner. Psykologen har også mye autoritet, og har fortsatt en myteomspunnet rolle i samfunnet. Derfor kan vi ikke regne med at alle som trenger behandling vil ta det imot. Det ble i BUP-intervjuene sagt at klovnene kan nå barna på en annen måte, mer umiddelbart og gjenkjennelig. Slik blir klovnen på en måte mer ”normal” for barna, og kan oppleves mindre truende enn en terapi. Psykologer på sykehuset bruker også i noen grad lek i behandlingen, men gjerne mer problemfokuset og målrettet enn klovnenes lek. Klovnene har mer vekt på positiv affekt og muligheter. Som min informant fra BUP påpekte, er det dessuten flere grenser for hva psykologer kan gjøre. Et eksempel på dette er når klovnene bruker seg selv veldig direkte, og har potensialet til å

fungere som Winnicotts overgangsfigur. Den største forskjellen kan kanskje ligge i rammebetingelsene sykehusklovnene og psykologer har for sitt arbeid. Hos klovnene dreier det seg først og fremst om å forebygge, mens psykologer også kommer målrettede inn i en mer omfattende og familieorientert behandlingskontekst.

### **Nytteverdi av kunnskaper om sykehusklovner**

Som psykologer befinner vi oss ofte i tverrfaglige samarbeid, og i mange sammenhenger har vi ansvar for å koordinere og vurdere tverrfaglige støttetiltak. Derfor må vi også ha kunnskaper om på hvilke måter disse tiltakene virker. Psykologisk kunnskap kan benyttes til økt forståelse av mange andre profesjoner. Å utveksle erfaringer på tvers av fag kan tenkes å bringe vekst heller enn forringelse, og Linge (2008) er spesielt positiv til samarbeidet mellom sykehusklovnene og psykologer. Dessuten skal vi ikke se bort fra at det kan finnes elementer i klovnenes metode som også kan inspirere psykologens eget arbeid med disse barna. De psykologiske tema som ligger i klovnenes karakter kan kanskje sies å bidra til å illustrere psykologisk teori, på en ny og annerledes måte. Det kan diskuteres om hvor langt en slik deling av kunnskap skal gå, og at grenser mellom profesjoner skal holdes tydelig. Denne diskusjonen faller likevel utenfor rammene for dette prosjektet. Det viktigste er kanskje at vi anerkjenner, som klovneinformantene selv sier, at vi er eksperter på ulike områder med noen felles mål. Klovnene kan virke som en forebygging mot behovet for terapi. De møter de syke barna i førstelinjen, og kan slik sees som et lavterskeltiltak.

### **Utvalgt psykologisk teori og forståelse av barns behov på sykehus**

Det er empirisk demonstrert at det som gjør psykoterapi virksomt er kombinasjonen av behandlingsprosedyrene og kvaliteten i opplevelsen av det terapeutiske forholdet (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Stern (2010) mener at vitalitetsformer spiller en viktig rolle i opplevelse av autenticitet. En slik kvalitet i opplevelsen er også betydningsfullt i sykehusklovnens møter med barna. Teorien om vitalitetsformer er en fruktbar forståelsesmodell for tilfriskningsprosesser, kanskje spesielt med visse klientgrupper. Etter å ha sett nærmere på de utvalgte teoretiske forståelsesmodellene i dette prosjektet, ble det tydelig hvordan disse forskjellige innfallsvinklene også kan se ut til å virke på hverandre. I følge Monsen (1996) er det tett sammenheng mellom kontakt med affekter og opplevelse av vitalitet. Det er sannsynlig at spesielt opplevelsen av overraskelse og nysgjerrighet virker stimulerende på vitalitetsformer. Overraskelsen gir fokus, og skaper forventninger hos barna.

Aktiv mestring, medbestemmelse og vitalitet er også aspekter som ofte virker sammen gjennom gjensidig stimulering. Det samme kan sies om sammenhengen mellom opplevelsen av vitalitet og økt tilgang til kreativitet. Slik kan det tenkes at når ett aspekt er stimulert, vil dette igjen kunne virke på flere av disse andre aspektene. Da kan det gi mening både å se på disse prosessene hver for seg, eller i sammenheng med hverandre, i forståelsen av klovnen og barnet på sykehus.

Hvordan forholder de fire psykologiske temaene seg i forhold til de fire problemstillingene? De fire kategoriene har bakgrunn i den første problemstillingen, som angår hvorvidt vi kan bruke psykologisk teori i forståelsen av sykehusklovnene. Behandlingen i de fire temaene peker videre mot neste problemstilling, om hvordan det unike barnets mestring kan støttes av klovnene. Her kan både affektinntoning og vitalitetsregulering sørge for å etablere en kontakt, og dette kan få en terapeutisk virkning i seg selv. I tillegg gjør klovnene bruk av teknikker som innebærer medbestemmelse for det ”hele barnet” i et skapende rom. Rammebetingelser kan for klovnene slik være støtte til barnet ved hjelp av å skape kontakt, og i andre tilfeller ved også å gi noe ”ekstra”. Samlet sett kan dette ha relevans for vårt fagfelt, ved å kjenne til sykehusklovnenes ferdigheter og potensial i kontaktetablering, som er en svært viktig egenskap i arbeid med barna på sykehuset. Disse skisserte sammenhengene kan gi utgangspunkt for hypoteser i videre studier.

## **3.2 Metodediskusjon**

### **3.2.1 Metodens begrensninger**

Dette prosjektet hadde et meget lavt antall tilgjengelige informanter, og siden utvalget ikke når metningsnivå begrenser dette styrken av mine konklusjoner. Barnegruppen som deltok var heterogent sammensatt når det gjaldt diagnoser, kronisitet og alder. Disse faktorene gjør det vanskelig å generalisere konklusjoner. Rammene for dybdeintervju med barna var heller ikke optimale. Samtalene med alle informantgruppene, spesielt med barnegruppen, var tidsbegrenset. Derfor kunne ikke alltid alle spørsmålene i intervjuguiden bli brukt, og den fungerte mer som veiledende i samtalen. En annen faktor som kan tenkes å ha virket inn er mitt eget nærvær i rommet under klovnemøtene. I tillegg ga jeg ikke foreldrene klar beskjed om at barna ikke skulle vite om at klovnene ville komme. Dette kan ha redusert opplevelsen av overraskelse, en opplevelse som antas å være en av de virkende faktorene i møtet mellom

barnet og klovnene. Derfor kan det settes spørsmålstegn ved hvorvidt disse møtene var representative for hvordan det ellers er uten min ”innblanding”. Dessuten er det usikkert om foreldre og barns positive svar kan ha blitt farget av ønsket om å innfri intervjuers forventninger. Jeg gjorde mitt beste for å forbli i en nøytral posisjon, men det er grenser for hvor mye man kan påvirke andres behov for å svare på sosialt ønskelige måter. Under foreldreintervjuene ville det vært mest gunstig dersom barna ikke hadde vært tilstede. Siden dette ikke var gjennomførbart, med unntak av én dyade, kan dette også ha påvirket foreldrenes svar.

Når dette er sagt, har prosjektet også sin styrke, ved at den fremhever barneperspektivet og har flere ulike psykologiske innfallsvinkler. Den samler inn data både fra litteratur og direkte fra forskjellige informantgrupper, blant annet aktører innen psykisk helsevern. Det er også viktig å ha studier fra hvordan tiltaket virker på et norsk sykehus, og her bidrar dette prosjektet. Dette kan skape et utgangspunkt for hypoteser og flere undersøkelser.

### **3.2.2 Barnesamtaler**

Et overordnet mål i dette prosjektet var å vie barneperspektivet en sentral plass. På grunn av omstendigheter på sykehuset var det begrenset hvor mange barn som kunne rekrutteres. Resultatene er derfor avhengig av et lite utvalg. Jeg vil likevel drøfte noen prinsipper for samtaler med barn, dels fra egne erfaringer, dels fra relevant litteratur. I dette prosjektet var Øvreeides (1995/2009) bok om utfordringer med barnesamtaler en viktig del av forberedelsene til barneintervjuene. Utdypende direkte samtaler er ofte vanskeligere med barn, og spesielt etter traumer er det ikke lett å ha ord for sine opplevelser. Mange barn vil på sykehus regredere til funksjonsnivå under kronologisk alder. Øvreeide påpeker at barnet må respekteres på dette som et forsøk på å mestre sin situasjon, og vi som psykologer må her gjøre en ekstra innsats for å tilrettelegge og aktivt strukturere samtalen. Videre minner Øvreeide om at barn er mest åpne for samtale i kjente og trygge omgivelser. Hvordan vil dette være på sykehuset? Alle disse faktorene er utfordringer som kan tenkes å ha spilt inn i mitt møte med barna i prosjektet. I min rolle som intervjuer har jeg søkt å holde en balanse, hvor det relasjonelle forholdet skulle komme litt mer i bakgrunnen, og intervjuets tema i forgrunnen. Som Øvreeide påpeker er det viktig å holde seg til hovedformålet med samtalen, og ikke blande inn andre roller, for eksempel terapeutrollen. Innenfor samtalerammene i dette prosjektet var det verken anledning eller hensiktsmessig å bygge en relasjon, siden jeg ikke

skulle følge opp barna videre. Når dette er sagt var selvsagt samtalene ikke helt uten relasjonelt fokus. I min tilstedeværelse på sykehuset og i samtalene med barna hadde jeg høy bevissthet om ”minst skade” prinsippet, som angår fagetikk (Øvreeide, 1995/2009). Jeg tilpasset meg til avdelingens rytme, og forsøkte å i minst mulig grad avbryte denne.

Når man snakker om barneperspektivet, hender det at uttrykket blir uklart brukt og forstått (Øvreeide, 1995/2009). Øvreeide mener det kan brukes på to forskjellige måter. Ofte betyr det hensynet til ”barnets beste”, at barns behov og interesser alltid skal legges til grunn for viktige beslutninger om barnet. Den andre måten å bruke uttrykket angår et annet perspektiv:

*...hvordan dette spesielle barnet forstår og reagerer, tenker og føler i forhold til den aktuelle situasjonen, altså å se situasjonen ”med barnets øyne”. Barnets rettighet er da knyttet til at det har fått anledning til å uttrykke, og vise sin reaksjon og mening på et aktuelt spørsmål, og at dette uttrykket blir tatt med inn i beslutningsprosessen. (Øvreeide, s.187, 2009)*

Gode beslutninger er avhengig av kjennskap til barns ønsker, fantasier og egne ideer til løsninger. Samtidig må vi alltid være bevisst forskjellen mellom å lytte til og anerkjenne barnets mening og ønsker, og det å oppfylle ønskene deres. I dette prosjektet har hovedvekten vært på betydningen av barneperspektivet i forhold til å lytte til barnets egen opplevelse, men den overordnede tanken om barnets beste er alltid underforstått under drøftingen. Slik som det kommer fram i oppgaven møter klovnen barneperspektivet på begge disse aspektene; de er der til barnas beste, og de er der og lytter.

### **3.2.3 Veien videre**

Har prosjektet hjulpet til å gjøre fenomenet sykehusklovner mer håndgripelig? Refleksjonene i oppgaven ser ut til å vise at psykologisk forståelse av sykehusklovnenes møter med barna er mulig. Samtidig finnes det flere andre tema som kan ha vært like viktig å nevne i forbindelse med intervjumaterialet og observasjonene, og måter å forstå sykehusklovnenes metode. Holdbarheten av min inndeling og anvendelse av de fire temaene gjenstår å etterprøves, og flere av intervjuutdragene vil kunne passe inn i mer enn én av dem. Kanskje vil det være mest fruktbart å fokusere på en framfor de andre. Kategoriene jeg har skissert kan virke på hverandre, og det er også mulig de heller bør studeres mer helhetlig.

De fleste publikasjonene om sykehusklovner er kvalitative og deskriptive, og dessuten har få studier sett på langtidseffekter. Forskning på effekter av klovnenes metode er fortsatt på et

tidlig stadium (Pinquart et al., 2011), men spesielt de siste tre årene har forskningsfeltet vokst. Det er viktig å etterprøve disse studiene. Fysiologiske målemetoder kan kanskje være spesielt interessant å se nærmere på. På dette tidspunktet er det derfor viktig å bygge opp med hypoteseutviklende studier. Slik kan også profesjonen videreutvikles, og en internasjonal standard kan utarbeides (van Troostwijk, 2006). Noen av refleksjonene i mitt prosjekt kan gi utgangspunkt for hypoteser. Et eksempel på et mulig videre spørsmål kan være ”Hva er det klovnene rent konkret gjør som kan vende passivitet til en gjenvunnet opplevelse av livskraft?” Opptak av samspill kan kanskje være nyttig for analyser dersom en slik problemstilling skulle utforskes. En utfordring når man skal undersøke klovnenes metode mer systematisk, er at det ikke er mulig å standardisere klovnebesøkene. Individuell tilpasning og improvisasjon er nettopp det avgjørende i denne metoden. Slik blir forsøket på å definere sykehusklovnene foreløpig en uforutsigbar og ikke-rettlinjet konstruksjonsprosess.

Det kan ha vært flere faktorer som ikke ble fanget opp, eller ikke ble utforsket i dybden i dette prosjektet, noe som videre studier forhåpentligvis kan avklare. En innfallsvinkel er reduksjon av identifisering med sykdom, blant annet ved å holde seg til nå-øyeblikket. Dette kan ha likheter med mindfulnessbegrepet, som kan tenkes å være en interessant forståelsesmodell og utforske. I forlengelse av dette kommer spørsmålet om hva som er potensialet i et enkeltmøte med klovnene, og hva som bygges opp gjennom flere møter. I psykoterapi har psykologen ofte mer enn en time med klienten, og gjennom flere ”nå-øyeblikk” bygges en relasjon. Det kan være interessant å undersøke om enkeltstående korte møter med sykehusklovnene også kan bidra til episodiske minner fra sykehuset, som kan brukes til barnets videre bearbeiding av sykdomserfaringer. Det behøver kanskje ikke å handle om kvantitet i nytten av sykehusklovnene, men heller om kvalitet.

I denne studien har barnegruppen vært heterogent sammensatt. Det er sannsynlig at klovnenes funksjon vil være forskjellig blant annet som følge av diagnoser og alder, og dette forholdet bør undersøkes i fremtidige studier. Det kan også tenkes at de eldste barna i utvalget har mindre nytte av klovnene enn de som er under ti år, og dette forholdet bør undersøkes nærmere. Det kan være fruktbart å se nærmere på om klovnene har en effekt som kan generaliseres til målgrupper utenfor sykehuset. Hva med for eksempel syke eller handikappede barn som ikke er på sykehus, hvilke behov og muligheter finnes det her?

Det er nå økt bevissthet om at barn på sykehus har spesielle behov, og dette er viktige kunnskaper for psykologer enten man snakker om sykehusklovner eller ikke. Disse behovene

bør avklares nærmere og også med utgangspunkt i barneperspektivet. Vi trenger flere og oppdaterte langtidsstudier, spesielt fordi forhold for barn på sykehus er blitt vesentlig bedret de siste 20-30 årene. Et aktuelt spørsmål er også i hvilken grad vitalitet faktisk påvirkes hos syke barn på sykehus. Det er spesielt et behov for å utvikle tilretteleggingen for innsamling av barnas opplevelser, og forståelse av barns mestring. Ved utvikling av metoder til å fange opp dette, kunne det kanskje tenkes at klovnene kunne ha en rolle, for eksempel ved undersøkelse av begrepet fantasifull mestring (Clark, 2003).

## 4 Avslutning

Barns somatiske sykdom har vært et mindre utbredt interessefelt for psykologer, men som Diseth påpeker, er dette i ferd å endres:

*Et reddet liv skal også leves!- Vi må slutte å snakke om kasus, og legge vekt på at pasientene våre er individer, det vil si udelelige, og som må møtes på en helhetlig måte. Det somatiske systemet er sultefôret på vår kunnskap, og vi som jobber der i dag, omfavnes av våre somatiske kolleger. Nå må psykologene selv komme på banen, og hamre på myndighetenes dør. (Strand, 2008, s.877)*

Vekst og modning er mulig etter traumer, avhengig av personens bearbeidelsesprosess (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Clark (2003) beskriver sykehusstilværelsen som en kontekst hvor familien er i et potensielt overgangsritual. Hun mener sykehusoppholdet kan få en psykologisk verdi hvor bearbeidelse og konstruksjon av ny identitet kan finne sted.

### 4.1 Konkluderende tanker

Prosjektet i denne oppgaven har vært å skildre det særegne ved sykehusklovnenes metode, og forståelse ved å anvende psykologisk teori ble vist å være fruktbart. Det fremgår av sitatene i intervjuene at individuell tilrettelegging gjennom affektinntoning er en sentral del av møtene mellom barna og klovnene. Medbestemmelse og aktiv mestring har spesielt karakterisert disse møtene, noe som kan øke barnas opplevelse av kompetanse. Dette kan virke styrkende i en belastende og skremmende situasjon. Fantasifull mestring kan også være viktig her. Klovnene kan hjelpe ved regulering av vitalitet og aktiveringsnivå. Dette er kanskje spesielt viktig hos de sykeste barna, hvor lindring og håp kan være viktig for familien. Et møte i et ”overgangsmiljø” kan illustreres bedre med andre psykologiske målemetoder.

Barneperspektivet trer i denne oppgaven fram som et samordnende prinsipp i klovnenes metode, hvor barnet får delta på egne premisser i egen tilfriskning.

Sykehusklovnene kan virke som beskyttelsesfaktor og forebygger, og de bruker seg selv uten mellomledd, når barnas lek har begrensninger. Sammenfattet ser det ut til at klovnene kan hjelpe ved noen av målene psykologer har for oppfølgingen av de syke barna. De kan støtte psykologens behandling av de syke barna, ved å virke som en katalysator. Slik kan metoden deres virke terapeutisk, uten å være terapi.



I denne oppgaven har jeg pekt på behovet for økt psykologisk støtte til somatisk syke barn. Viken etterlyser økt fokus i psykologutdanningen på psykologiske konsekvenser av somatisk sykdom (Strand, 2008). Barn på sykehus får en annen utvikling, men det er også mulig at de kan komme psykologisk styrket ut av det. Det skal vi hjelpe dem til. Her trengs både psykologen og klovnen, og samarbeidet mellom dem. Forståelse av dette tiltaket har implikasjoner for psykologer i forhold til koordinering av tverrfaglige tilbud, og å vurdere klovnenes rammebetingelser i sykehuset.

## 4.2 Avsluttende kommentarer

Et tverrfaglig samarbeid i helsevesenet fokuserer på å ivareta det “hele” barnet. I tilfriskningsprosessen er det også behov for en motvekt til sykdom. Vitalitetsformer er selve manifestasjonen av liv, med kraft, intensjon og retning. Både Winnicott og Stern nevner at kunst og teater reflekterer disse prosessene. I denne oppgaven har sykehusklovnene vært et eksempel på et tiltak med utgangspunkt i kultur, men som kommer inn med et bidrag i helsevernet av syke barn. Hos sykehusklovnene brukes det kunstneriske uttrykket som en ramme for et psykologisk møte.

Fokuset på brukermedvirkning i utvikling av tiltak bør også gjelde for barnepasienter. Barnet må få anerkjennelse for sin måte å forstå situasjonen sin. Barneombudet er en viktig representant for barneperspektivet, og klovnen er i seg selv en figur fra barnets eventyrverden. Etter å ha fullført dette prosjektet får jeg tanker om sykehusklovnene som et slags ”klovnerisk barneombud”; en beskytter av det friske, skapende og lekende i barnet, slik en av klovnene i prosjektet beskrev det.

I en kontekst hvor det nødvendigvis må fokuseres på den somatiske helsen, er det lett at andre behov blir tilsidesatt. Det har imidlertid i dette prosjektet blitt tydelig at sykehusklovnene har viktige bidrag til barn og foreldre på sykehuset, og sykepleierne som deltok i prosjektet var også veldig positive til sykehusklovnenes nærvær på sykehuset: ”... [klovnene] er jo en relativ ny yrkesgruppe her, men de har gjort seg fryktelig godt bemerket. Et positivt bidrag. Helt klart kommet for å bli...” Diseth formidlet i 2008 i en personlig kommunikasjon til sykehusklovnene at “Sykehusklovnene er framtidens medisin” (Sykehusklovnene, 2011). I rapporten fra Barneombudet (2011) sier barna som har vært på Rikshospitalet at klovnene er viktige på sykehuset. Et par måneder etter denne rapporten og rett før jul, fikk barna på

Rikshospitalet en gledelig nyhet: nå har sykehusklovnene fått støtte til å treffe enda flere barn (NRK, 2011).

Fra egen erfaring opplever jeg også et potensial i elementer fra klovnenes kommunikasjon, i posisjonen som psykolog. Jeg tenker at dette er noe som kan integreres enten i egen praksis, eller i samarbeid med en klovn. Klovnen står for håp, en som reiser seg etter å ha falt. Den kan for oss alle være et forbilde på en som kan transformere noe negativt til noe konstruktivt, noe som også er et av målene for psykologer. Å ta oss selv mindre seriøst og tenke nytt og åpent kan bringe oss et stykke videre, til nye spirer om vi opplever å stå fast.

I dette prosjektet har jeg møtt en gruppe sterke barn og foreldre, og de har gitt meg et innblikk i hvordan det er for dem å ha klovner på sykehuset. Intervjuet med Jonas og faren hans gjorde et spesielt inntrykk på meg, og viste at også tilsynelatende små handlinger kan få stor betydning. En bekreftelse på betydningen og ettervirkningene av klovnebesøket fant jeg i farens minne om et tidligere møte: *"da hadde Jonas fjæra i hånda da han la seg om kvelden, og sovna med den i hånda"*. Fjæren ble et symbol på kontakten mellom Jonas og klovnene, og magien som de skapte sammen.

# Litteraturliste

- Adams, P. (1998). When healing is more than simply clowning around. *Journal of the American Medical Association*, 279(5), 401.
- Adams, P. (2002). Humor and love: The origination of Clown Therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 78, 447-448.
- Armfield, N. R., Bradford, N., White, M. M., Spitzer, P. & Smith, A. C. (2011). Humour sans frontiers: The feasibility of providing clown care at a distance. *Telemedicine and E-health*, 17(4), 1-3.
- Bala, M. (2010). The clown: An archetypal self-journey. *Jung Journal: Culture & Psyche*, 4(1), 50-71.
- Barneombudet (2011, oktober 21). *Sykehusekspertene*. Lokalisert 22. oktober 2011 på Verdensveven: <http://www.barneombudet.no/publikasjoner/sykehusekspertene>
- Battrick, C. & Glasper, E. A. (2004). The views of children and their families on being in hospital. *British Journal of Nursing*, 13(6), 328-336.
- Battrick, C., Glasper, E. A., Prudhoe, G. & Weaver, K. (2007). Clown humour: The perceptions of doctors, nurses, parents and children. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(4), 174-179.
- Bertini, M., Isola, E., Paolone, G. & Curcio, G. (2011). Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2011. doi:10.1093/ecam/neq064
- Bossert, E. (1994). Stress appraisals of hospitalized school-age children. *Children's Health Care*, 23(1), 33-49.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Monograph series no. 2. Geneva: World Health Organization.
- Bødtker, M. (2006). Humor er å bryte konvensjoner. *Drama*, 43(2), 14 -16. Lokalisert 22. mai 2011 på Verdensveven: [http://www.dramaiskolen.no/dramaiskolen/media/Sykehusklovn\\_interjvu\\_bodtker.pdf](http://www.dramaiskolen.no/dramaiskolen/media/Sykehusklovn_interjvu_bodtker.pdf)

- Careclowns (2011). *Wijze van contact*. Lokalisert 15. desember 2011 i Careclowns på Verdensveven: [www.careclowns.nl/werkwijze/wijze-van-contact.html](http://www.careclowns.nl/werkwijze/wijze-van-contact.html)
- Carnevale, F. A. (1997). The experience of critically ill children: Narratives of unmaking. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13, 49-52.
- Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach* (2nd ed.). London: Routledge.
- Charles, L. H. (1945). The clown's function. *The Journal of American Folklore*, 58(227), 25-34.
- Clark, C. D. (2003). *In sickness and in play: Children coping with chronic illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Coyne, I. (2006). Children's experience of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.
- Duffin, C. (2009). Send in the clowns. *Nursing Management*, 16(3), 22-24.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2011). Positiv vekst etter livskriser – implikasjoner for praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(9), 873-877.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Elias, C. L. & Berk, L. E. (2002). Self-regulation in young children: Is there a role for sociodramatic play? *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 216-238.
- Fernandes, S. C. & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 405-415.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- Freud, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 69-81.

- Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(9), 856-862.
- Glasper, E. A., Prudhoe, G. & Weaver, K. (2007). Does clowning benefit children in the hospital? Views of Theodora Children's Trust clown doctors. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(1), 24-28.
- Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A. & Keidan, I. (2009). Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 19, 262-266.
- Hansen, B. R. (2002). Møte med barnet. I M. H. Rønnestad & A. L. von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B. R. (2003). Innledning. I: D. N. Stern, *Spedbarnets interpersonlige verden* (rev. utg., 4 oppl., s. 9-26). (Ø. Randers-Pehrson, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (Original utgitt i 1985).
- Henderson, S. W. & Rosario, K. (2008). But seriously: Clowning in children's mental health. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 983-986.
- Higueras, A., Muñoz, J. P., Idini, E., Ortiz, A., Rincón, F., Prieto-Merino, D. et al. (2006). Effects of a humor-centred activity on disruptive behavior in patients in a general hospital psychiatric ward. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 53-64.
- Hjermann, R. (2011). [Video fra lanseringen på Oslo universitetssykehus] Sykehuseksperter del 1. Lokalisert på 27. november 2011 Verdensveven:  
<http://www.barneombudet.no/publikasjoner/sykehuseksperterne>
- Hofgaard, T. L. (2008). Psykologer bør være der alvorlig syke barn er. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(7), 904.
- Horowitz, L., Kassam-Adams, N. & Bergstein, J. (2001). Mental health aspects of emergency medical services for children: Summary of a consensus conference. *Academic Emergency Medicine*, 8(12), 1187-1196.

- Jung, C. G. (1959). *The archetypes and the collective unconscious*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Kagan, J. (1965). The new marriage: Pediatrics and psychology. *American Journal of Diseases of Children*, 110, 272-278.
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Maranets, I., McClain, B., Gaal, D. & Mayes, L. C. (2004). Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviours. *Anesthesia and Analgesia*, 99, 1648-1654.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'Connor, T. Z. & Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children. *Archive of Pediatric and Adolescence Medicine*, 150, 1238-1245.
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A. & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343-355.
- Kingsnorth, S., Blain, S. & McKeever, P. (2011). Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: A pilot study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2011. doi:10.1093/ecam/nej008
- Klokkeklovnene (2011). *Hva gjør vi*. Lokalisert 15. desember 2011 i klokkeklovnene på Verdensveven: [http://www.klokkeklovnene.no/?page\\_id=15](http://www.klokkeklovnene.no/?page_id=15)
- Koller, D. & Gryski, C. (2007). The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 5, 17-25.
- Kristensen, P. (2006). Å være psykolog på en barneavdeling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(4), 330-337.
- Kruse, M. (2004). Ta klovnen på alvor. *Sykepleien*, 92(15), 18-25.
- Køppe, S., Harder, S. & Væver, M. (2008). Vitality affects. *International Forum of Psychoanalysis*, 17, 169-179.
- Lansdown, R. (1996). *Children in Hospital*. Oxford: Oxford University Press.

- Laut, E. M. (1908, september 13). Pour faire rire les petits malades. *Le Petit Journal*, 930.  
 Lokalisert 27. november 2011 på Verdensveven:  
<http://cent.ans.free.fr/pj1908/pj93013091908.htm>
- Lima, R. A. G., Azevedo, E. F., Nascimento, L. C. & Rocha, S. M. M. (2009). The art of clown theater in care for hospitalized children. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 178-185.
- Linge, L. (2007). Sjukhusclowner – I kommunikasjon med sjuka barn. *Socialmedisinsk Tidsskrift*, 3, 181-192.
- Linge, L. (2008). Hospital clowns working in pairs – synchronized communication with ailing children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3, 27-38.
- Linge, L. (2010). Med fokus på sjukhusclowner – ett vårdgivarperspektiv. *Socialmedisinsk Tidsskrift*, 4, 264-273.
- Linge, L. (2011). Joy without demands: Hospital clowns in the world of ailing children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6, 1-8.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. & García-Banda, G. G. (2010). The effect of “hospital clowns” on psychological distress and maladaptive behaviours in children undergoing minor surgery. *Psychology in Spain*, 14(1), 8-14.
- Meldgaard, K. & Kjær, M. S. (2008). Kan man måle effekten af hospitalsklovne? *Ugeskrift for Læger*, 170(51), 4202-4204.
- [Menneskerettsloven (1999)]. *Lov av 21. mai om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*. Lokalisert 14. november 2011 i Lovdata på Verdensveven:  
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990521-030-061.html>
- Monsen, J. T. (1996). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. [Oslo]: Tano.
- Norsk Riks Kringkastning (2011, desember 21). *Dagsrevyen*. Lokalisert 21. desember i NRK nett-tv på Verdensveven: <http://www.nrk.no/nett-tv/indeks/291439/>

- Nuttman-Shwartz, O., Scheyer, R. & Tzioni, H. (2010). Medical clowning: Even adults deserve a dream. *Social Work in Health Care*, 49, 581-598.
- Oppenheim, D., Simonds, C. & Hartmann, O. (1997). Clowning on children's wards. *The Lancet*, 350, 1838-1840.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process – outcome research: Continuity and change. I: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., s. 307-389). New York: Wiley.
- [Pasientrettighetsloven (2004)]. *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet. Lokalisert 14. november 2011 på verdensveven:  
[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-\\_12\\_2004\\_2307a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-_12_2004_2307a.pdf)
- Pinquart, M., Skolaude, D., Zaplinski, K. & Maier, R.F. (2011). Do clown visits improve psychological and sense of physical well-being of hospitalized pediatric patients? A randomized-controlled trial. *Klinische Pädiatrie*, 223, 74-78.
- Ramsden, S. (1999). The child and adolescent psychotherapist in a hospital setting. I: M. Lanyado & A. Horne (red.), *The Handbook of child and adolescent psychotherapy: Psychoanalytic approaches* (s. 141-158). London: Routledge.
- Reinfjell, T., Diseth T. H. & Vikan, A. (2007). Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(6), 724-734.
- Rikshospitalet (2008). *Årsappport 2007*. Lokalisert 22. mai 2011 på Rikshospitalet HF på Verdensveven:  
[http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/enhet/artikkel?p\\_dim\\_id=47491](http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/enhet/artikkel?p_dim_id=47491)
- Roberts, M. C. (1986). *Pediatric psychology: Psychological interventions and strategies for pediatric problems* (1st. ed.). New York: Pergamon.
- Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy. Toward empirically supported practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.



- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 108-114.
- Sandberg, S. & Stevenson, J. (2008). Psychiatric aspects of somatic disease. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor et al. (red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., s. 930-944). Oxford: Blackwell.
- Schaefer, C. E. (1999). Curative factors in play therapy. *The Journal for the Professional Counselor*, 14(1), 7-16.
- Schwebke, S. & Gryski C. (2003). Gravity and levity – pain and play: The child and the clown in the pediatric health care setting. I: A. J. Klein (red.), *Humor in children's lives: A guidebook for practitioners* (s. 49-68). [Westport]: Praeger.
- Seip, M. (1990). Barne- og ungdomspsykiatriens rolle i somatiske barneavdelinger. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 110, 1065-1066.
- Shirk, S. R. & Russell, R. L. (1996). *Change Processes in Child Psychotherapy. Revitalizing Treatment and Research*. New York: Guilford.
- Simonds, C. & Warren, B. (2004). *The Clown doctor chronicles. At the interface/probing the boundaries*. Amsterdam: Rodopi.
- Smerling, A. J., Skolnick, E., Bagiella, E., Rose, C., Labinsky, E. & Tager, F. (1999). Perioperative clown therapy for pediatric patients. *Anesthesia and Analgesia*, 88, S306.
- Solvang, B. (2011). *Syke barns møte med sykehusklavnen. Opplevelser, funksjon og verdi*. Prosjektoppgave i medisin, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Spitzer, P. (2002). *Clown Doctors!* Lokalisert 22. mai 2011 i E-bility på Verdensveven: <http://www.e-bility.com/articles/clowndoctors.php>
- Spitzer, P. (2006). Hospital clowns - modern day court jesters at work. *The Lancet*, 368, 534-535.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden* (rev. utg., 4 oppl.). (Ø. Randers-Pehrson, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (Original utgitt i 1985).

- Stern, D. N. (2007). *Her og Nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Stern, D. N. (2010a). *Forms of Vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. New York: Oxford University Press.
- Stern, D. N. (2010b). The issue of vitality. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19(2), 88-102.
- Strand, N. (2008). Kreftsyke barn trenger støtte – og håp. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(7), 869-877.
- Stuber, M. L., Shemesh, E. & Saxe, G. N. (2003). Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 195-209.
- Sykehusklovnene (2011). *Kvalitetssikring*. Lokalisert 27. november 2011 i Sykehusklovnene på Verdensveven: <http://www.sykehusklovnene.no/etiske.shtml>
- Sykehusklovnene (2011). *Mål for sykehusklovnene*. Lokalisert 27. november 2011 i Sykehusklovnene på Verdensveven: <http://www.sykehusklovnene.no/maal.shtml>
- Sykehusklovnene (2011). *Sagt og sett*. Lokalisert 27. november 2011 i Sykehusklovnene på Verdensveven: <http://www.sykehusklovnene.no/sett.shtml>
- Tener, D., Lev-Wiesel, R., Franco, N. L. & Ofir, S. (2010). Laughing through this pain: Medical clowning during examination of sexually abused children: An innovative approach. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 128-140.
- The Big Apple Circus (2011). *About us, our history*. Lokalisert 22. mai 2011 i The Big Apple Circus på Verdensveven: <http://theorganization.bigapplecircus.org/about/history/index.aspx>
- Thompson – Richards, J. (2003). Caring clowning as a healing art in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 10(5), 206-208.
- Thompson – Richards, J. (2006). Joy in the midst of suffering: Clowning as care of the spirit in palliative care. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 18(2), 137-152.
- Tisza, V. B., Hurwitz, I. & Angoff, K. (1970). The use of a play program by hospitalized children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 9, 515-531.

- Towsen, J. H. (1976). *Clowns*. New York: Hawthorne Books.
- Vagnoli, L., Caprilli, S. & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: What could be the most promising option? *Pediatric Anesthesia*, 20, 937-943.
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A. & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized, prospective study. *Pediatrics*, 116, e563-e567.
- Van Blerkom, L. M. (1995). Clown doctors: Shaman healers of western medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(4), 462-475.
- Vandvik, I. H. (1994). Collaboration between child psychiatry and pediatrics: The state of the relationship in Norway. *Acta Pædiatrica*, 83, 884-847.
- Vandvik, I. H. & Fossen, A. (1989). Funksjon og oppgaver for en barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon ved et regionssykehus. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 109, 3440-3443.
- Van Troostwijk, T. D. (2006). The hospital clown: A cross boundary character. I: B. Warren (red.), *Suffering the slings and arrows of outrageous fortune: International perspectives on stress, laughter and depression. At the interface/probing the boundaries*. (s.137-148). Amsterdam: Rodopi.
- Vygotsky, L. S. (1978). The role of play in development. I M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman (red.), *Mind in society: The development of higher psychological processes* (s. 92-104). Cambridge: Harvard University Press. (Original utgitt 1930-1935).
- Wallander, J. L. & Varni, J. W. (1998). Effects of physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 29-46.
- Warren, B. (2011). Foolish medicine: Reflections on the practices of modern clown-doctors and medieval fools [Elektronisk versjon]. *Le Cahiers de L'Idiotie*, 3, 177-195.
- Lokalisert 27. desember i Medievalists på Verdensveven:  
<http://www.medievalists.net/2011/12/25/foolish-medicine-reflections-on-the-practices->

- Weaver, K., Prudhoe, G., Battrick, C. & Glasper, E. A. (2007). Sick children's perceptions of clown doctor humour. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(8), 359-365.
- Webb, N. B. (2007a). The family and community context of children facing crisis or trauma. I: N. B. Webb (red.), *Play therapy with children in crisis: Individual, group, and family treatment* (3rd. ed., s. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Webb, N. B. (2007b). Crisis intervention play therapy with children. I: N.B. Webb (red.), *Play therapy with children in crisis: Individual, group, and family treatment* (3rd. ed., s. 45-70). New York: The Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1981). *Lek och verklighet*. (I. Løfgren, Overs.). Stockholm: Natur och Kultur. (Original utgitt i 1971).
- Ziegler, M. F., Greenwald, M. H., DeGuzman, M. A. & Simon, H. K. (2005). Posttraumatic stress responses in children: Awareness and practice among a sample of pediatric emergency care providers. *Pediatrics*, 115(5), 1261-1267.
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn: Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget. (Original utgitt i 1995).
- Øvsthus, S. (2002). Klovnumikasjon. I: S. Tyrdal (red.), *Humor og helse: -i teori og praksis. Fra smilehull til latterkrampe*. (b.2, s. 65-78). Oslo: Kommuneforlaget AS.

# Vedlegg

## 1 Informasjonsskriv

Mitt navn er Line Edsberg. Jeg er student i mitt siste år av profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo, og jeg skriver min avsluttende oppgave. Oppgaven blir veiledet av universitetslektor Bjørg Grova og førsteamanuensis Anne Mari Torgersen ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Sykehusklovner er et relativt nytt fenomen på norske sykehus. Formålet med denne studien er å utforske hvordan barn, foreldre og personell opplever bruk av klovner i sykehus. Barn har mange ulike opplevelser av det å være på sykehus. Å være syk er en påkjenning for barnet og familien, og det at barnet må være lenge hjemmefra er en tilleggsbelastning. Norske sykehus er i dag tilrettelagt for ivaretagelsen av barns behov i en vanskelig situasjon.

Som nevnt ovenfor er sykehusklovner et relativt nytt fenomen. Oppgaven min er utforskende i forhold deres arbeidsmåte. Jeg er også interessert i å se på hvordan barna og og deres foresatte opplever å få besøk av klovnene når de er på sykehuset. Når prosjektet er fullført, og senest innen utgangen av 2011, skal lydopptak og notater slettes. Ingen vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

I denne sammenheng vil jeg spørre deg/dere og barnet ditt om å få lov til å stille noen få spørsmål, først til barnet ditt mens du er tilstede og deretter til deg, helst i et annet rom enn barnet. Jeg vil også spørre dere om tillatelse til at jeg er tilstede og ser på når klovnene er inne hos dere. Barneintervjuet vil være kort (10 – 20 minutter avhengig av barnets form) og foreldreintervjuet vil være ca 20 minutter. De vil være i etterkant av klovnebesøket, altså mellom 13.00 og 16.00 idag.

Deltakelse i dette prosjektet er fullstendig frivillig.

Dersom dere gir samtykke til å delta, vil jeg spørre om hvordan barnet ditt opplevde møtet med klovnene, hva de gjorde sammen, og hvilke følelser hun/han hadde. Jeg vil også be henne/ham om å tegne en tegning fra møtet med klovnen. Spørsmålene jeg vil stille deg som foresatt vil være rundt din personlige opplevelse av sykehusklovnene, men også hvordan du syntes barnet ditt reagerte. Jeg vil også spørre hva du/dere opplever er de viktigste behovene hos barn som ligger på sykehus.

Jeg tar opp samtalene på lydbånd, disse opptakene og utskriftene av disse oppbevares sammen med alle notatene nedlåst sikret mot offentlighet under arbeidet med oppgaven.

Dersom dere ikke ønsker å delta, trenger dere ikke å oppgi noen grunn for dette. Dere har rett til å når som helst trekke dere fra studiet, og da vil alt materiale verdørende dere bli slettet. Dere vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien kan være nyttig for å belyse klovners arbeid ved barneavdelinger.

## Vedlegg 1

Jeg kan kontaktes på tlf.nummer 40218791

Håper dere får lyst til å delta!

Vennlig hilsen Line Edsberg

Vedlagt ligger et samtykkeskjema. Dersom dere ønsker å delta i denne studien, vennligst svar ved å fylle ut dette. Du kan returnere det i vedlagte konvolutt, vennligst innen klokken 12.00 idag, på sykepleiernes vaktrom.

## 2 Protokoll

Informanter totalt: 20 – 30, hvorav 5 – 10 barn (i alderen 6- 11 år) og en foresatt per barn, 3 – 5 sykepleiere, 2 BUP – ansatte, 2 klovner.

Tid og sted: onsdager 09 – 16.00, i april til og med juni, på post 2 Barnemedisinsk avdeling på Barneklubben, Rikshospitalet.

3. På personalets morgenmøte klokken 09.00 informerer avdelingssykepleier studenten om hvilke barn/foreldre som kan spørres (barn som ikke er akutt syke).
4. Sykepleier spør disse familiene om samtykke til å bli spurt og gir en kort muntlig introduksjon av studenten. Dersom det er gitt samtykke til dette, deler studenten ut informasjonsskriv med skjema for skriftlig samtykke til foreldrene/barnet. Foreldrene får eventuelt tenkepause fram til 12.00 samme dag.
5. Dersom foreldrene samtykker, svarer de ved å levere samtykkeskjema i vedlagt lukket konvolutt. De bes om å legge dette på sykepleiernes vaktrom, der undertegnede plukker de opp.
6. Dersom de sier ja lager vi en avtale om intervjutidspunkt, som vil finne sted i eget samtalerom på avdelingen som er reservert av undertegnede.

Observasjon av klovnene og påfølgende intervju vil foregå mellom 13.00 og 16.00. Barna intervjues først (med foreldre tilstede), og deretter intervjues en av foreldrene. Hvert av intervjuene vil være på ca 20 (eller kortere dersom barnet trenger det) minutters lengde. Med sykepleierne og klovnene vil intervjuene mulig bli noe lengre.

Alle intervjuene blir tatt opp på lydbånd. Sykepleiere, BUP ansatte og klovner vil bli intervjuet på andre tidspunkt enn nevnt ovenfor, etter å ha gitt sitt skriftlige samtykke.

Introduksjon fra sykepleier til pasient og foreldre:

Dette er Line Edsberg, psykologstudent i sitt siste år på Universitetet i Oslo. Hun skriver oppgave om klovner på sykehus, og vil spørre om dere ønsker å delta i hennes prosjekt.

## 3 Intervjuguide

### **Barnepasient:**

1. Hvordan var det å ha klovnene på besøk? Hvis morsomt: begynte du å le?
2. Hva var det første klovnene gjorde? Hva gjorde dere sammen? Var det noe som overrasket deg?
3. Hva likte du best? Var det noe som var dumt?
4. Hva slags følelser fikk du da klovnene var der? Kunne du kjenne det noe sted i kroppen?
5. Ba klovnene om lov før de kom inn på rommet ditt? Var det noen som var sjefen? Var dere enige om hva dere skulle leke?
6. Hvis du skulle si til en venn at du hadde fått klovnebesøk, hva ville du sagt da?
7. Hvor mange ganger har du sett klovnene? Hva syntes du om det da? Har du sett klovner andre steder? Hva gjorde de?
8. Lekte klovnen med mamma og pappa også?
9. Hvorfor tror du det er klovner på sykehus?
10. Hvordan er det at du må ligge mye stille?
11. Er det noe annet du har lyst å si? Kan du tegne deg selv da du møtte klovnen?

### **Forelder:**

1. Hvordan opplevde du det å ha klovnene på besøk?
2. Hva likte du best? Hvordan kunne det vært bedre? Skjedde det noe som overrasket deg?
3. Hvordan hadde du det etterpå?



### Vedlegg 3

4. Hvordan tror du barnet ditt hadde det? Var det en trygg opplevelse for barnet? Hva slags forskjellige følelser synes du du så hos barnet? Hvordan kunne du se det?
5. Hvem var det som styrte i leken, var det barnet eller klovnen? Var det noe spesielt innhold i leken?
6. Hvor ofte har dere sett klovnene?
7. Hvis jeg ber deg om å sammenlikne en sirkusklovn og en sykehusklovn, hva vil du si?
8. Hvilke spesielle behov tenker du at barn på sykehus har? Hva slags nytte tror du barna kan ha av klovner på sykehus?
9. Hva tenker du om betydning av bevegelse for barna mens de ligger på sykehus?
10. Hva tenker du om syke barns livskvalitet?
11. Er det noe annet du vil føye til?

#### **Sykepleier:**

1. Hvordan opplever du personlig det å ha klovnene på besøk?
2. Hva likte du best? Hvordan kunne det vært bedre?
3. Hvem er det som styrer i leken, er det barnet eller klovnen?
4. Hvor ofte har du sett klovnene?
5. Hvordan tror du det er for barnet? Hvordan ser dere at barnet vil ha kontakt? Hvordan vet dere at kontakten er dannet? Kan du se noen endringer i humør hos barna? Ser du noen endringer på lengre sikt?
6. Hvis jeg ber deg sammenlikne det at barnet ser på en film og det at klovnene kommer på besøk, hva ville du si da?
7. Hvilke spesielle psykologiske behov tenker du at barn på sykehus har? Hva slags nytte tror du barna kan ha av klovner på sykehus? Tenker du at noen barn kan ha mer nytte av klovnene enn andre? Kan det være kontraindikasjoner på et klovnebesøk?

### Vedlegg 3

8. Hvordan vil du sammenlikne klovnenes rolle med andre yrkesgrupper som har med disse barna å gjøre, som sykepleiere, leger, psykologer? Hva syns du er forskjellen på en god klovn og en som er mindre god?
9. Hvis jeg ber deg om å sammenlikne en sirkusklovn og en sykehusklovn, hva ville du si da? Hva gjør møtet med klovnen annerledes enn dersom en annen fantasiskikkelse skulle komme på besøk, f.eks. Pippi eller Harry potter?
10. Hva tenker du om betydning av bevegelse for barna mens de ligger på sykehus?
11. Hva tenker du om syke barns livskvalitet?
12. Er det noe annet du vil føye til?

#### **Klovnene:**

13. Jeg har lest at dere forsøker å møte barna der de er, kan du fortelle mer om det? Hvilke forventninger har barna? Ser dere noen typisk førstereaksjon når barna ser klovnene?
14. Hvor lenge varer leken ca med et barn? Hvilke adjektiver eller metaforer vil du bruke for å beskrive et forløp med begynnelse, midt og slutt og de ulike stemningene?
15. Hvordan oppstår leken? Hva innebærer et autentisk møte mellom barnet og klovnen? Hvordan kan dette oppstå? Hvordan ser dere at barnet vil ha kontakt? Hvordan vet dere at kontakten er dannet? Hvordan kan elementer fra barnas liv få et uttrykk gjennom klovnen? Er leken alltid orientert rundt noe personlig for barna? Hvordan holde på barnas oppmerksomhet?
16. Dere nevner at alle følelser hos barnet er tillatt i møtet med klovnen. Klovnen respekterer og kanaliserer følelsene. Fortell mer om dette? Hva gjør det med barna at klovnen spiller videre på følelsene deres? Kan du gi et eksempel på hva klovnen kan gjøre når et barn blir redd, sint eller lei seg? Evt: ville du f.eks prøve å muntre opp barnet igjen så fort som mulig? Hva gjør dere hvis et barn ser ut til å bli mer oppspilt enn hva som er fysisk forsvarlig for barnets tilstand?
17. På hvilken måte jobber dere for å fremme det friske hos barna? Hvilken rolle spiller fantasien?

### Vedlegg 3

18. Hvordan er et improvisert møte med barnet annerledes enn en forestilling med mange barn som publikum?
19. Hvilke spesielle psykologiske behov tenker du at barn på sykehus har? Hva tror du er de viktigste bidragene klovnene tilbyr barna? Hva representerer klovnen for barnet? Tenker du at noen barn kan ha mer nytte av klovnene enn andre? Kan det være kontraindikasjoner på et klovnebesøk?
20. Det har blitt nevnt at klovnen er der for å tilby barna noe annet enn den vanlige sykehushverdagen. Fortell mer om dette?
21. Hvilke umiddelbare endringer i humør kan du se hos barna? Hvordan forholder klovnene seg til disse endringene? Ser du noen endringer på lengre sikt?
22. Hvilken rolle spiller det nonverbale, sansene og kroppspråket? Hvilke muligheter ligger i dette? Hva tenker du om betydning av bevegelse for barna mens de ligger på sykehus?
23. Har det vært tilfeller hvor du tenker at klovnen din burde gjort ting annerledes? Kan du gi et eksempel?
24. Dere nevner at i arbeidet på sykehuset har skuespilleren ingen funksjon ut over den kunstneriske aktiviteten som sykehusklovn. Hvor tenker du grensen bør gå mellom omsorg og kunstnerisk aktivitet? Hvordan vil du sammenlikne klovnenes rolle og kommunikasjon med andre yrkesgrupper som har med disse barna å gjøre, som sykepleiere, leger, psykologer, lekespesialister?
25. Hvis jeg ber deg om å sammenlikne en sirkusklovn og en sykehusklovn, hva ville du si da? Hva gjør møtet med klovnen annerledes enn dersom en annen fantasiskikkelse skulle komme på besøk, f.eks. Pippi eller Harry potter?
26. Hva tenker du om syke barns livskvalitet?
27. Hva liker du best ved arbeidet som sykehusklovn?
28. Er det noe annet du vil føye til?

**Den BUP – ansatte:**

1. Hvor ofte har du sett klovnene?
2. Hvordan tror du det er for barnet å ha klovnene på sykehuset?
3. Hvis jeg ber deg sammenlikne det at barnet ser på en film og det at klovnene kommer på besøk, hva ville du si da? Hva gjør møtet med klovnen annerledes enn dersom en annen fantasiskikkelse skulle komme på besøk, f.eks. Pippi eller Harry potter?
4. Hvilke spesielle psykologiske behov tenker du at barn på sykehus har? Hva slags nytte tror du barna kan ha av klovner på sykehus? Hvilke eventuelle terapeutiske elementer kan spille inn? Tenker du at noen barn kan ha mer nytte av klovnene enn andre? Kan det være kontraindikasjoner på et klovnebesøk?
5. Hvordan vil du sammenlikne klovnenes rolle med andre yrkesgrupper som har med disse barna å gjøre, som sykepleiere, leger, psykologer?
6. På hvilken måte jobber dere på BUP for å fremme det friske hos barna?
7. Hva tenker du om betydning av bevegelse for barna mens de ligger på sykehus?
8. Hvilken betydning har kontakten med sansene og kroppen? Hvilke muligheter ligger i dette?
9. Hvordan er BUPs dekning på norske sykehus? Tenker dere at barnas behov dekkes tilstrekkelig? Hva er de viktigste områdene som trenger forbedring?
10. Hva ser dere er mest belastende for barn som er innlagt på sykehus?
11. Hva tenker du om syke barns livskvalitet?
12. Er det noe annet du vil føye til?